Rapport annuel de gestion et de développement durable 2014-2015

Centre de santé et de services sociaux
de Lac-Saint-Jean-Est

Édition produite par le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean–Est

Supervision

Danny Côté, directeur des ressources humaines et conseiller cadre à la direction générale par intérim

Édition et coordination

M^me^ Marie-Josée Simard, tech. en bureautique à la Direction de la santé physique et des communications

Correction

M^me^ Karine Gagnon, agente d'information à la Direction de la santé physique et des communications
M^me^ Martine Pilote, attachée administrative à la Direction générale

Ce document a été édité en quantité limitée, cependant il peut être téléchargé sur le site Internet de l'établissement à l'adresse : www.santealma.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 1920-5317 (imprimé)
ISSN : 1920-5325 (en ligne)

Centre de santé et de services sociaux
de Lac-Saint-Jean-Est

Des gens avec l'accent... sur la vie!

Table des matières

Glossaire 4
Déclaration de fiabilité des données 5
Rapport de la direction 6
Message des autorités 7
Mission 8

SECTION 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 9
1.1 Contexte local 9
1.1.1 Attentes de la population 9
1.1.2 Attentes des partenaires 9
1.1.3 Modes d'information 9
1.2 Nos valeurs 10
1.3 Notre vision 10
1.4 Orientations stratégiques 2012-2015 10
1.5 Offre de service 11
1.6 Autres services 11
1.6.1 Service de recherche 11
1.6.2 Service de soutien 11
1.7 Équipe administrative 12

SECTION 2 : PORTRAIT DE LA MRC DE LAC-SAINT-JEAN-EST ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION 13
2.1 Le territoire 13
2.2 La population 13
2.3 Données socioéconomiques sommaires 13
2.4 État de santé de la population 13
2.5 Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs 14
2.6 Service santé 14
2.7 État de santé globale 15
2.8 État de santé physique 15
2.9 État de santé mentale 15
2.10 Maladies infectieuses 16

SECTION 3 : RAPPORTS DE NOS DIFFÉRENTS COMITÉS CONSEIL 17
3.1 Conseil d'administration et ses comités 17
3.1.1 Conseil d'administration 17
3.1.2 Comités du conseil d'administration 17
3.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 18
3.3 Conseil des infirmières et infirmiers (CII) 20
3.4 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) 21
3.5 Comité des usagers 21
3.6 Conseil multidisciplinaire 22
3.7 Comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services 23
3.8 Comité de gestion des risques et de la qualité 24
3.8.1 Mesures de contention 24
3.8.2 Suivi aux recommandations du coroner 24

3.9 Prévention et contrôle des infections 25
3.9.1 Comité de prévention et contrôle des infections 25
3.10 Comité local des actifs informationnels 25
3.11 Comité local d'éthique clinique (CLEC) 26

SECTION 4 : SUIVI À LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2012-2015 28

SECTION 5 : RAPPORT DE GESTION 36
5.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2014-2015 36
5.2 Gestion et contrôle des contrats de service 40

SECTION 6 : RAPPORTS D'ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 41
6.1 Rapport d'activités administratives 41
6.1.1 Ressources matérielles 42
6.1.2 Performance clinique et administrative 42
6.1.3 Ressources informationnelles 42
6.1.4 Accueil, Archives et Téléphonie 42
6.1.5 Effectifs de l'établissement 43
6.1.6 Gestion et contrôle des effectifs 44
6.2 Rapport d'activités soins et services 44
6.2.1 Direction de la qualité, des services ambulatoires et de 1re ligne 44
6.2.2 Direction des réseaux de services santé mentale et famille-enfance-jeunesse 50
6.2.3 Direction des soins infirmiers, services multidisciplinaires, programme SAPA et déficience 53
6.2.4 Direction de la santé physique et des communications 56
6.2.5 Unité de médecine familiale 61
6.3 Statistiques complémentaires 62
6.3.1 Activités de soins de 1re ligne 62

SECTION 7 : RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET DU MÉDECIN EXAMINATEUR 63

SECTION 8 : RAPPORT DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 64

SECTION 9 : RAPPORT FINANCIER 65

ANNEXE 1 : Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma 71
ANNEXE 2 : Liste des bénévoles au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est 72
ANNEXE 3 : Liste des membres du CMDP 73
ANNEXE 4 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 75

Glossaire

ACETDQ	Association des centres d'écoute téléphonique du Québec
AIME	Accent individualisé sur le mieux-être
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APES	Association des pharmaciens des établissements de santé
ASI	Assistante supérieure immédiate
ASSSSLSJ	Agence de la Santé et de Services sociaux du Sag.–Lac-Saint-Jean
ATP	Assistant technique en pharmacie
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CCGC	Comité consultatif en gestion du changement
CCS	Comité de coordination stratégique
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CEIIA	Comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIC	Centre d'investigation clinique
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CLEC	Comité local d'éthique clinique
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CR	Clinique réseau
CRAIP	Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSC	Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DBMI	Déchets biomédicaux infectieux
DCI	Dossier clinique informatisé
DP	Déficience physique
DQSA1L	Direction de la qualité, des services ambulatoires et de 1re ligne
DRFMI	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles
DRSMFEJ	Direction des réseaux de services santé mentale et Famille-enfance-jeunesse
DSISM-SAPA-D	Direction des soins infirmiers, des services multidisciplinaires soutien à l'autonomie de la personne âgée et déficience
DSP	Direction des services professionnels
DSPC	Direction de la santé physique et des communications
FEJ	Famille-enfance-jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
ÉVAQ	Évacuation aéroportée du Québec
GIIS	Guide d'intervention Info-Social
GMF	Groupe de médecine familiale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IRM	Imagerie par résonance magnétique.
L.R.Q.	Lois refondues du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'éducation du loisir et du sport
MDJ	Médecine de jour
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PEL	Prééclampsie légère
PCI	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
PMO	Plan de main-d'oeuvre
PII	Plan d'intervention interdisiciplinaire
PSI	Plan de service individualisé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RAC	Ressource à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RPA	Résidence pour personne âgée
RQC	Registre québécois de cancer
RSAI	Responsable de la sécurité des actifs informationnels
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Résidence de type familial
RTG	Remplacement total du genou
RTH	Remplacement total de la hanche
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
SCAS	Système centralisé d'addition au soluté
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Suivi d'intensité variable
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SM	Santé mentale
SMI	Santé maternelle et infantile
SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
SSC	Services de santé courants
TMC	Trajectoire des maladies chroniques
TPO	Temps partiel occasionnel
TRF	Test de réactivité fœtale
UGA	Unité de gériatrie active
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VLAN	Virtual local Area Network

Déclaration de fiabilité des données

À titre de présidente directrice-générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion et de développement durable ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du présent rapport de gestion et de développement durable de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion et de développement durable, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Signé à Saguenay le 19 juin 2015

Martine Couture
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Rapport de la direction

Les états financiers du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion et de développement durable concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui régissent ses activités.

La présidente-directrice générale surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et a approuvé les états financiers..

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thorton dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion.

Martine Couture
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Message des autorités

C'est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par les quelque 1451 employés du CSSS de Lac-Saint-Jean–Est. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont présentés.

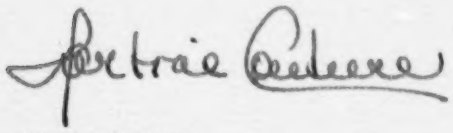
Dans le cadre de notre exercice de rapport annuel de gestion, nous rendons compte à la population du bilan de l'établissement dans les différents programmes et services. Pour chacun sont présentés les résultats obtenus, qui invitent à maintenir nos bonnes pratiques ou à procéder à des changements dans nos actions.

C'est une nouvelle ère qui commence pour le réseau de la santé et des services sociaux. L'étape franchie le 9 février 2015 avec la sanction, par le gouvernement du Québec, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, ouvre la porte à un profond changement de culture qui nous permettra de passer d'un réseau d'établissements à un véritable réseau intégré, entièrement axé sur les services aux patients.

Cette réorganisation du réseau simplifiera le parcours de soins pour les patients et facilitera le travail du personnel soignant. Elle aura également pour effet d'accroître l'efficience du réseau par une réduction des structures ainsi que de favoriser une saine et rigoureuse gestion.

La création prochaine du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean apportera des changements positifs puisque l'établissement intègrera parfaitement les missions de réadaptation, de protection de la jeunesse et de santé publique. Les dispositions nécessaires ont été prises en vue d'assurer la qualité des soins et la sécurité de la population pendant la période de transition en vue de la « construction » du CIUSSS, né de la fusion des neuf établissements de la région.

Notre consacrons nos efforts au maintien de nos bonnes pratiques et à la poursuite des travaux visant l'amélioration de nos services, et ce, pour le bien-être de notre population.



Martine Couture
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Mission

Le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est, de par sa responsabilité populationnelle, s'inscrit comme acteur majeur au cœur d'un réseau local de services, constitué de différents partenaires travaillant au développement de la communauté. Il a comme objectif de coordonner et d'offrir les soins de santé et de services sociaux nécessaires au bien-être de sa population. L'offre de service est adaptée, diversifiée, sécuritaire et de qualité pour permettre à la population de maintenir, d'améliorer ou de restaurer sa santé physique et psychosociale.

Pour y arriver, le personnel, les médecins et les bénévoles du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est évoluent au sein de trois missions d'établissement soit :

La mission CLSC, au sein de laquelle les activités de santé publique sont réalisées en plus de la prestation des services sociaux et soins de santé courants offerts en 1re ligne;

La mission hospitalière, consacrée à la courte durée et basée sur des services diagnostiques et la prestation de soins médicaux généraux et spécialisés;

La mission de soins de longue durée, qui offre de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut.

SECTION 1 : Présentation de l'établissement

1.1 Contexte local

1.1.1 Attentes de la population

Au mois de mars 2011, nous avons invité la population et les élus des Secteurs Centre, Nord et Sud à nous faire part de leurs préoccupations et commentaires à propos de l'organisation des soins de santé et de services sociaux sur le territoire. Suite à une présentation portant sur l'état de santé de notre population et sur les soins et services disponibles, nous avons récolté les commentaires des personnes présentes.

Le vieillissement de la population et l'adaptation des services à cette problématique émergente sont au cœur des préoccupations de nos communautés. L'hébergement, l'attente de service et l'offre de service en centre de jour sont autant de défis pour lesquels nous devons trouver une réponse. Le maintien des services de proximité dans les communautés Nord et Sud, les problèmes de dépendance et la hiérarchisation des services en déficience ont également fait l'objet de discussions.

1.1.2 Attentes des partenaires

Nous avons invité plus de 150 partenaires à répondre à un court questionnaire visant à connaître les principaux enjeux auxquels ils sont confrontés, ainsi que leurs attentes quant au développement des soins de santé et des services sociaux sur le territoire de Lac-Saint-Jean-Est.

Une trentaine de partenaires ont répondu à l'appel. Leurs attentes sont au diapason avec celles de la population : développer et adapter nos services en fonction des besoins de la population vieillissante, communiquer et collaborer avec l'ensemble de nos partenaires, miser sur la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, adapter nos soins et services aux besoins de nos communautés rurales et mettre en place des mesures de recrutement, de rétention et de formation de notre main-d'œuvre. Le développement d'une trajectoire de soins palliatifs, l'amélioration des processus de référence partenaires-CSSS, l'accessibilité médicale en milieu rural et le soutien des proches aidant sont des enjeux qui ont également été soulevés à plusieurs reprises.

1.1.3 Modes d'information

Le CSSS actualise fréquemment son site Internet pour permettre à la population d'avoir accès à une information de qualité et à jour. Par ailleurs, une culture de relations publiques transparentes est bien implantée au sein de l'équipe de gestion. Ainsi, les médias locaux et régionaux offrent une couverture abondante de l'actualité inhérente à l'établissement et la population s'en voit bien informée.

Nos usagers sont invités à nous faire part en continu de leurs commentaires et suggestions dans l'objectif d'améliorer nos soins et services. Certains départements proposent des sondages de satisfaction à la clientèle et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est interpellée au besoin. Les dates des séances publiques du conseil d'administration sont publiées à l'avance pour permettre aux personnes qui le souhaitent de s'y présenter. De plus, de nombreux gestionnaires et intervenants sont impliqués au sein de diverses tables de concertation locale, lieux de prédilection pour entendre les attentes des partenaires et de la population en ce qui a trait au développement de notre offre de service.

Cette année, le conseil d'administration a formé le comité de relations avec la communauté dont le mandat consiste à conseiller l'établissement en matière de communication aux différents publics externes et à assurer la vigie du processus de planification stratégique. Le comité a incidemment amorcé les travaux en ce qui a trait au nouvel exercice de planification stratégique et à l'organisation des différentes séances de bilan et de consultation pour lesquelles population et partenaires seront invités à participer.

1.2 Nos valeurs

Les valeurs organisationnelles façonnent l'accomplissement de notre mission d'organisation. Elles constituent des points de repère essentiels à la mobilisation de tous, autour de nos objectifs communs. Elles orientent naturellement le savoir-être et savoir-faire de la majorité de nos employés, médecins et bénévoles. Les valeurs retenues influencent de façon significative les actions quotidiennes de toutes les composantes de l'organisation tant administratives que cliniques. Au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est, nos principales valeurs sont : **le respect, l'intégrité, l'engagement, la collaboration, la transparence et la cohérence**.

1.3 Notre vision

Le CSSS de Lac-Saint-Jean-Est offre des soins de santé et des services sociaux accessibles, continus et de qualité correspondant à chacune des étapes de la vie de ses usagers. Il se distingue par sa capacité d'innover et de s'adapter aux besoins de sa population en concertation avec l'ensemble des partenaires du réseau local de services.

Comme établissement nous désirons :

- Offrir à la population que nous desservons des soins et des services sécuritaires, de proximité et diversifiés, soutenus par des équipements et des installations modernes et adaptés;
- Intégrer l'usager dans la mise en œuvre de son plan d'intervention;
- Participer activement au développement durable de notre communauté;
- Se démarquer comme employeur de choix auprès de notre personnel et mettre de l'avant des stratégies de rétention et de recrutement novatrices;
- Impliquer les médecins et le personnel dans la prise de décisions cliniques et administratives en prônant le principe de subsidiarité, le travail d'équipe et le mode de gestion participatif;
- Consolider et développer des ententes de collaboration avec nos partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, communautaires, intersectoriels et socioéconomiques pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population.

1.4 Orientations stratégiques 2012-2015

Adoptée par le conseil d'administration le 14 décembre 2011, les enjeux et orientations qui composent notre planification stratégique 2012-2015 sont en cohérence avec ceux élaborés par l'Agence de la santé et des services sociaux régionale. Nous sommes confiants de pouvoir atteindre les résultats escomptés, comme nous inscrivons nos efforts dans la foulée de ceux des autres établissements du réseau de la santé et de services sociaux et de nos partenaires provenant de tous les milieux. Effectivement, bien que notre objectif premier soit de satisfaire avant tout aux besoins de soins et services de notre population, nous sommes conscients que l'accomplissement de notre mission repose sur la force de la collaboration développée avec l'ensemble de ceux-ci.

L'année 2013-2014 marque les derniers mois pour procéder à la réalisation des objectifs de notre planification stratégique. Le conseil d'administration, par le biais du comité de relations avec la communauté, travaille déjà à préparer le bilan et les consultations à venir. La section 4 du présent rapport annuel détaille les orientations stratégiques de l'établissement et fait état de l'avancement des actions reliées aux 7 enjeux dégagés.

1.5 Offre de service

Dans l'objectif de répondre aux besoins de santé et de services sociaux de sa population, le CSSS propose l'offre de service suivante :

- Bloc opératoire;
- Cliniques externes et spécialités médicales;
- Hébergement et soins de longue durée;
- Hospitalisation en santé physique et santé mentale;
- Laboratoires et centre de prélèvements;
- Imagerie médicale;
- Nutrition, réadaptation, audiologie et inhalothérapie;
- Obstétrique et périnatalité;
- Pharmacie;
- Santé au travail;
- Santé mentale (adultes);
- Santé publique et préventive;
- Service régional Info-Santé et Info-Social;
- Services alternatifs à l'hospitalisation;
- Services généraux et psychosociaux pour la clientèle jeunesse/enfance/famille;
- Services sociaux généraux
- Soutien à domicile;
- Unité de médecine familiale (UMF Alma);
- Urgence et soins critiques.

Des ententes de partenariat et de collaboration ont cours avec de nombreux partenaires provenant du réseau de la santé et des services sociaux ou encore du réseau local de services pour pallier aux soins et services qui ne font pas partie de l'offre du CSSS.

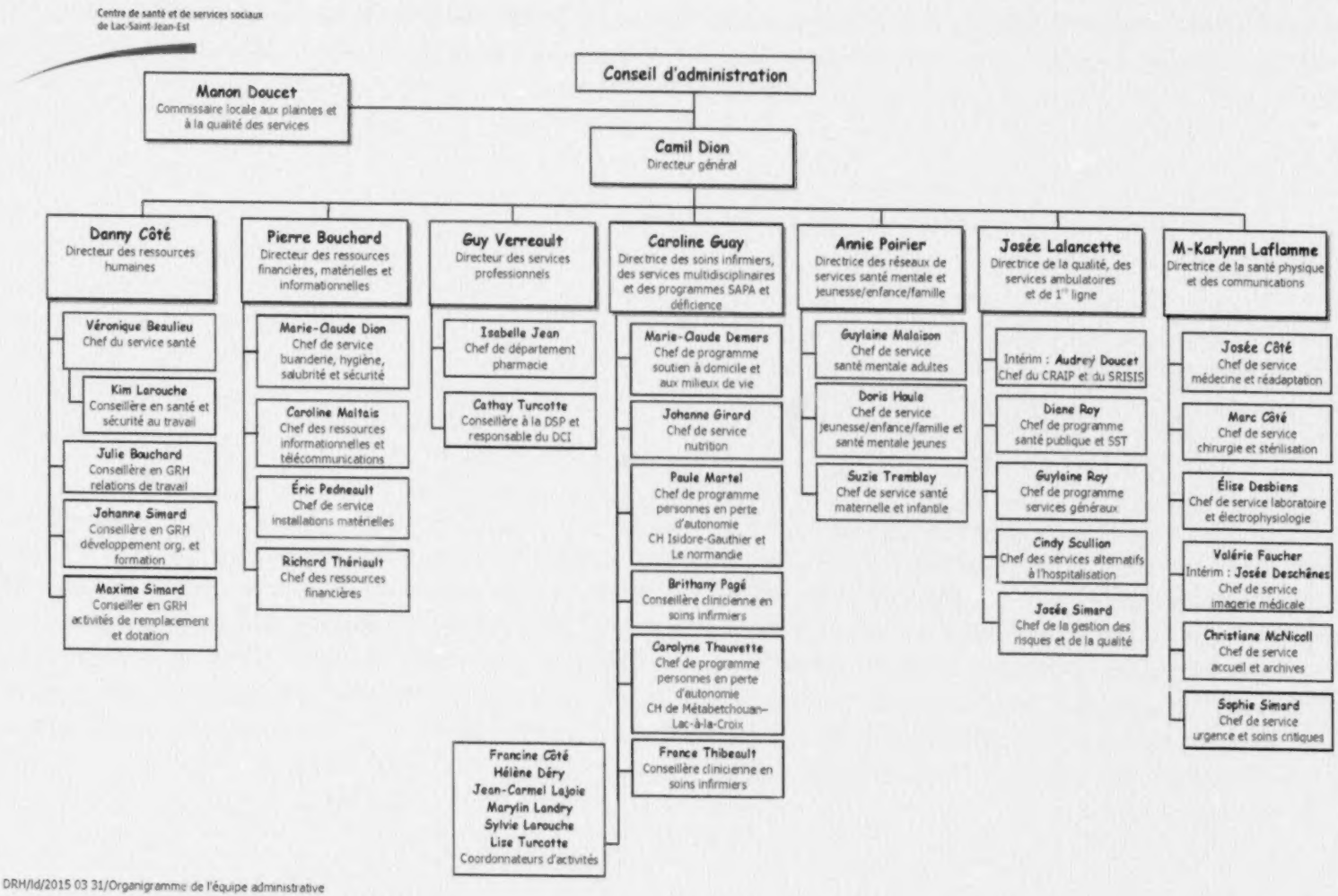
1.6 Autres services

1.6.1 Service de recherche

Le CSSS est responsable d'un mandat provincial visant, entre autres, l'élaboration de guides d'intervention et d'outils professionnels bilingues destinés aux intervenants du Service régional Info-Santé et Info-Social – volet social, et ce, par l'entremise du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP). Le CRAIP conçoit et offre également un programme de formation, à l'échelle provinciale, destiné aux intervenants du volet social et agit à titre de conseiller au ministère de la Santé et des Services sociaux.

1.6.2 Services de soutien

Dans l'objectif d'apporter le support et le soutien nécessaires au bon déroulement des soins et services offerts à la population, le CSSS compte également des services d'accueil et archives, d'hygiène et salubrité, de buanderie, de maintien des installations matérielles, de sécurité, d'alimentation, d'approvisionnements, de ressources informationnelles et de responsabilités administratives diverses.



DRH/ld/2015 03 31/Organigramme de l'équipe administrative

SECTION 2 : Portrait de la MRC Lac-Saint-Jean-Est et état de santé de la population

2.1 Le territoire

La **MRC de Lac-Saint-Jean-Est** occupe une superficie de **2 709 km²**, dont 1 684 km² sont situés en territoires municipalisés. La MRC possède 1 025 km² de territoires non organisés. Il s'agit d'une superficie relativement petite en comparaison aux autres MRC de la région. Ces territoires non organisés sont situés au sud des municipalités d'Hébertville et de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix. On y retrouve environ 250 chalets de villégiature forestière.

La MRC compte 14 municipalités. La moitié de la population totale de la MRC est établie dans la ville d'Alma. Les 13 autres municipalités se répartissent en catégories allant de 5 000 à moins de 1 000 habitants. [1]

2.2 La population

En 2012, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) estimait la population du territoire du Lac-Saint-Jean-Est à **51 876 individus**.

Selon les données de 2012 publiées par l'ISQ, 21 % de la population a moins de 20 ans, 61 % se situe entre 20 et 64 ans et 18 % est constitué d'individus âgés de 65 ans et plus. Bien que 20,1 % des naissances en région proviennent du territoire de Lac-Saint-Jean-Est, la population a diminué de 3,4 % entre 2000 et 2010. Cette baisse est particulièrement notable dans le groupe des 6-17 ans (- 28 %). Cependant, le groupe des 65 ans et plus a augmenté de près de 35 % au cours de la dernière décennie seulement. De ce fait, la population du territoire devrait diminuer de 0,7 % d'ici 2016, tandis que le groupe des 65 ans et plus représentera 20,1 % de sa population totale.

Le français est la langue le plus souvent parlée à la maison pour 99,4 % de la population du territoire. De plus, l'immigration y est très faible puisqu'elle constitue 0,7 % des individus habitant la MRC.

2.3 Données socioéconomiques sommaires

En 2010, le revenu médian avant impôts des familles de notre territoire se situe à 64 960 $. Toutefois, tel que mentionné dans le Portrait de santé 2012 du territoire de Lac-Saint-Jean-Est élaboré par l'Agence de la santé et des services sociaux régionale, 14 % des adultes de 25 à 64 ans de la MRC vivent sous le seuil du faible revenu. Aussi, plus d'un adulte sur 10 (12 %) déclare vivre l'insécurité alimentaire en raison d'un manque d'argent et 6,6 % de la population adulte est prestataire de programmes d'aide financière de dernier recours.

Par ailleurs, 27 % des adultes se disent proches aidant sur une base régulière, tandis que 23 % des adultes font du bénévolat dans un organisme ou une association en 2012.

2.4 État de santé de la population

Les données qui suivent sont tirées de l'Enquête sur l'état de santé de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean effectuée par la Direction de la santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2009-2013.

---

[1] La MRC Lac-Saint-Jean-Est compte quatorze municipalités. Toutefois, la municipalité de Saint-Ludger-de-Milot est désormais desservie par le CSSS Maria-Chapdelaine selon un redécoupage effectué par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2010.

2.5 Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs

Nouveau-nés

La durée de la grossesse est l'un des facteurs déterminants de la santé des nouveau-nés. Sur le territoire, la proportion des naissances prématurées se situe à 6,1 % (7,5 % pour l'ensemble de la région), ce qui correspond à environ 31 naissances prématurées annuellement. La proportion des femmes sous-scolarisées ayant donné naissance à un enfant entre 2001 et 2005 est de 10,1 % (13,2 % pour le Québec).

Adolescents

Selon les données fournies par la Direction de la santé publique et de l'évaluation, le tabagisme diminue fortement chez les adolescents. La proportion de fumeurs occasionnels et réguliers chez les jeunes fréquentant les écoles secondaires de la région est passée de 30 % en 1997 à 11 % en 2011. En ce qui concerne la consommation d'alcool, 22 % des jeunes du secondaire ont affirmé en avoir consommé au moins une fois par semaine au cours la dernière année et 13 % des jeunes admettent s'être initiés à la consommation d'alcool avant l'âge de 13 ans. Par ailleurs, l'Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008 (Écobes) révèle que 7 % des jeunes consomment du cannabis au moins une fois par semaine. L'enquête révèle également que 5,4 % d'entre eux sont confrontés à un problème de consommation de drogue ou d'alcool nécessitant une intervention et que 6,8 % présentent un problème émergent.

Par ailleurs, 35 % des adolescents consacrent plus de 10 heures par semaine aux activités sportives, 54 % y consacrent entre 1 et 10 heures et 11 % ne pratiquent aucune activité physique.

Finalement, 36 % des adolescents de 14 ans et plus ont déjà eu une relation sexuelle complète. De ces jeunes actifs sexuellement, 61 % utilisent le condom de façon régulière. Selon Écobes, en 2008, 44,9 % des adolescents actifs sexuellement n'utilisaient pas toujours le condom. Un rapport de la Santé publique, déposé en 2010 mentionne que 450 cas de chlamydia ont été dépistés chez ces jeunes et que 50 % du groupe des 15 à 25 ans sont porteurs du VPH.

Adultes

La proportion de fumeurs diminue également chez les adultes et se situe à 18 % en 2012, sur notre territoire. En ce qui a trait à la consommation d'alcool, 26 % des adultes ont une consommation dépassant les seuils hebdomadaires recommandés. Ce comportement s'observe majoritairement chez les 18-34 ans et touche deux fois plus d'hommes que de femmes.

Au niveau des saines habitudes de vie, 14 % de la population adulte considère que ses habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Aussi, 82 % des adultes consomment moins de 7 portions de fruits et légumes par jour. Près du tiers de la population adulte (33 %) est considéré comme sédentaire. Toutefois, 27 % des adultes s'activent quatre fois par semaine ou plus en 2012, comparativement à 21 % en 2000. Sur notre territoire, l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, révèle que 56 % des adultes souffrent d'un surplus de poids dont 17 % sont considérés obèses et 39 % font de l'embonpoint.

2.6 Services santé

Services préventifs

Les données de 2008-2009 indiquent que 70 % des individus de 60 ans et plus ont été vaccinés dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale (l'objectif du MSSS se situe à 60 %). En ce qui a trait au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), 73 % des femmes âgées entre 50 et 69 ans ont passé leur mammographie en 2007-2008.

Services de 1re ligne

Sur le territoire, 93 % des adultes affirment avoir un médecin de famille en 2007. Parmi le 7 % de ceux qui n'en ont pas, 68 % affirment ne pas en ressentir le besoin.

2.7 État de santé globale

En 2012, 13 % des adultes considèrent que leur état de santé est moyen ou mauvais. De plus, 11 % de la population totale du territoire se dit limitée dans au moins une activité en raison d'une incapacité (état physique ou mental qui a duré ou qui est susceptible de durer six mois ou plus).

Par ailleurs, l'espérance de vie a augmenté de façon considérable au cours des trente dernières années et l'écart entre les hommes et les femmes à ce sujet a diminué. Depuis trente ans, l'espérance de vie s'est accrue de 4,2 ans chez les femmes pour atteindre 81,6 ans et de 7,1 ans chez les hommes pour atteindre 78,1 ans.

2.8 État de santé physique

Maladies chroniques

Depuis 2007, on dénote une hausse significative de plusieurs problèmes de santé ou de maladies chroniques. Ces problèmes de santé augmentent de façon importante en fonction de l'âge, mais sont en grande partie évitables par l'amélioration des habitudes de vie.

- L'hypertension artérielle affecte 20 % des adultes : elle touche 35 % des individus qui ont entre 55 et 64 ans et 56 % des personnes âgées de 65 ans et plus;
- Les problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme, affectent pour leur part, 21 % des adultes du territoire;
- La maladie cardiovasculaire touche environ 6 % des personnes âgées de 18 ans et plus;
- L'asthme affecte 10 % des personnes de 18 ans et plus;
- La hausse de la prévalence du taux d'obésité a un effet sur la hausse de celle du diabète. Ainsi, la prévalence du diabète sur le territoire est passée de 3,7 % en 2000 à 5,1 % en 2012. Cependant, cette augmentation est moins élevée que dans le reste du Québec.

Causes d'hospitalisation

Pour plus ou moins 5 000 hospitalisations recensées en 2008-2013, les maladies de l'appareil circulatoire comptent pour 13,3 % des causes d'hospitalisation pour des soins physiques de courte durée. Elles sont suivies ex aequo par les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif (11,5 %), les grossesses et accouchements (10,7 %) et les tumeurs malignes (8,7 %).

Cancers

Entre 2006 et 2010, une moyenne de 289 nouveaux cas de cancer ont été recensés chaque année à Lac-Saint-Jean-Est. En 2013, chez l'homme, l'incidence du cancer de la prostate domine, suivie par le cancer du poumon, du côlon et rectum. Chez la femme, l'incidence du cancer du sein domine, suivie par le cancer du poumon et celui du côlon et rectum. Ces types de cancer comptent pour 56 % de tous ceux recensés.

Principales causes de décès

Les tumeurs malignes sont la principale cause de mortalité et comptent pour 34 % des décès. Les maladies cardiovasculaires arrivent au deuxième rang avec 26 % des décès. Les autres causes sont les accidents et traumatismes (8,3 %), les maladies respiratoires (8,1 %) et les maladies du système nerveux et des sens (7,2 %).

2.9 État de santé mentale

En 2012, selon l'ISQ, davantage de femmes (25 %) que d'hommes (12 %) se situent dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique. Cette proportion ne varie cependant pas de façon significative en fonction de l'âge. Près d'un adulte sur quatre estime éprouver un niveau de stress quotidien élevé. On évalue qu'environ une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie.

Chez les moins de 20 ans, la prévalence des troubles mentaux a doublé en 10 ans. Cette augmentation est en grande partie due à l'explosion des diagnostics de troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). En 2010-2011, plus d'un jeune sur 7 (15 %) fréquentant une école secondaire de la région, déclare avoir reçu un diagnostic de TDA/H contre 13 % à l'échelle provinciale.

2.10 Maladies infectieuses

Pour les cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) recensés sur notre territoire, l'infection génitale à Chlamydia Trachosmatis est la plus fréquente, celle-ci est en hausse depuis 2008 dans 12 régions du Québec.

Pour la campagne de vaccination contre l'influenza, les données fournies par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indiquent que 14 232 personnes ont été vaccinées sur notre territoire, en 2013-2014. La souche la plus présente était la *H1N1* qui était incluse dans le vaccin. Aucune éclosion importante n'a été déclarée.

En 2012-2013, on estime la couverture vaccinale contre l'hépatite B en milieu scolaire offerte à tous les élèves de quatrième année du primaire, à 96 %. Par ailleurs, la couverture vaccinale des enfants âgés de 2 ans (primovaccination) était d'environ 94 %.

SECTION 3 : Rapports de nos différents comités conseil

3.1 Le conseil d'administration et ses comités

3.1.1. Le conseil d'administration

Liste des membres du conseil d'administration au 31 mars 2015

- **Jocelyne Boucher**
- **Robert Charron**
- **Camil Dion, secrétaire**
- **Marie-Claude Dion**
- **Guylaine Dubé**
- **Roch Harvey**
- **Caroline Laberge**
- **Richard Lapointe, vice-président**
- **Régine Lessard**
- **Karine Ménard**
- **Lily Martin**
- **Michel Robitaille**
- **Patrice Saint-Pierre, président**
- **Gilles Simard**
- **Andrée Verreault**
- **Bianka Villeneuve**
- **Laurent Villeneuve**

3.1.2 Comités du conseil d'administration

Comité de vérification

- **Caroline Laberge**
- **Richard Lapointe**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Laurent Villeneuve**

Comité de gouvernance et d'éthique

- **Jocelyne Boucher**
- **Camil Dion**
- **Guylaine Dubé**
- **Régine Lessard**
- **Lily Martin**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Gilles Simard**
- **Andrée Verreault**

Comité relations avec la communauté

- **Jocelyne Boucher**
- **D^r Robert Charron**
- **Guylaine Dubé**
- **Karine Ménard**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Gilles Simard**

Comité de vigilance et de la qualité

- **Camil Dion**
- **Manon Doucet**
- **Roch Harvey**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Andrée Verreault**

Comité des ressources humaines

- **Marie-Claude Dion**
- **Richard Lapointe**
- **Karine Ménard**
- **Michel Robitaille**
- **Gilles Simard**

Comité de révision

- **D^r Claude Duchaine**
- **Roch Harvey**
- **D^re Anny Langevin (substitut)**
- **D^r Christian Ricard**

Comité d'évaluation du directeur général

- **Jocelyne Boucher**
- **Richard Lapointe**
- **Patrice Saint-Pierre**

3.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2015

- D[r] Michel Guay, président
- D[re] Marie-Claude Gagnon, trésorière
- Isabelle Jean, B. Pharm., vice-présidente
- D[re] Lisa Pedneault, conseillère
- D[re] Stéphanie Tremblay, secrétaire
- D[r] Christian Ricard, conseiller
- D[r] Guy Verreault, dir. des services professionnels
- D[r] Philippe Villemure, conseiller
- M. Camil Dion, directeur général

Tous les pouvoirs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont exercés par un comité exécutif. L'exécutif du CMDP se réunit une fois par mois de septembre à juin inclusivement.

Mandat

Les comités du CMDP remplissent différentes fonctions qui ont pour objectif de veiller à la qualité de l'acte médical, pharmaceutique et dentaire dans notre établissement. Le nombre de réunions pour chaque comité est fixé à 8 par année et à 8 réunions pour chaque département.

Principales réalisations

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est en mode de transition vers un CMDP régional. Nous avons actuellement un président intérimaire. Voici la liste des principales réalisations 2014-2105 :

- **Nomination de 3 nouveaux médecins-examinateurs;**
- **Efforts soutenus au niveau du recrutement médical avec l'arrivée d'un nouveau médecin de famille en janvier 2015 et d'une obstétricienne-gynécologue en juillet 2015;**
- **Poursuite des travaux sur l'amélioration du consentement éclairé lors de la transfusion des produits sanguins;**
- **Mise à jour des ordonnances collectives et protocoles dont voici une liste exhaustive :**
  - **Procédure : Présence d'animaux de compagnie au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est;**
  - **Formulaire : Requête orthopédique en physiothérapie SP-PHYSIO-0027-v01;**
  - **Formulaire : Demande de consultation en radiologie F-40 (rév. 2014-06);**
  - **Ordonnance collective : Dépistage précoce des risques reliés à la perte d'autonomie des usagers de 75 ans et plus en regard du programme (SAPA);**
  - **Ordonnance collective : Évaluation et orientation pour une nouvelle consultation en psychiatrie – CEP – PSY-1;**
  - **Ordonnance collective : Évaluation et orientation pour une nouvelle consultation en psychiatrie volet trouble alimentaire – CEP – PSY-2;**
  - **Protocole : Test de réactivité fœtale / PÉRI-43;**
  - **Protocole : Surveillance et prise en charge du nouveau-né à risque d'hémorragie sous galéale / PÉRI-44;**
  - **Politique : Sécurité des nouveau-nés et des enfants sur les unités de périnatalité et de pédiatrie /B-PO-139;**
  - **Procédure : Évaluation et orientation pour une nouvelle consultation – Volet fibrillation auriculaire de Novo /CIC-Cardio-1;**
  - **Procédure : Évaluation et orientation pour une nouvelle consultation – Volet angine typique /CIC-Cardio-2;**
  - **Procédure : Évaluation et orientation pour une nouvelle consultation – Volet saignement sans douleur lors du premier trimestre de grossesse /CIC-Gynéco;**
  - **Procédure : Évaluation pour une consultation – Volet thrombophlébite profonde / CIC-Médecine ambulatoire;**
  - **Protocole : Surveillance des paramètres métaboliques chez les clients recevant un antipsychotique atypique ou classique sur une base régulière et à long terme / PSY-3);**
  - **Ordonnance collective / PÉRI-46 Prélèvement cytologique du col de l'utérus;**
  - **Protocole clinique : Téléthrombolyse;**
  - **Ordonnance collective : Ajustement des doses d'insuline pour un usager à qui un médecin a prescrit un régime à quatre injections ou un ajustement d'une pompe à insuline ENDO-11;**
  - **Règle de soins médicaux : Technique de la coloscopie en duo : insertion, avancement et retrait de l'endoscope au niveau de la lumière colique.**

Liste des sous-comités	Présidents
Comité d'examen des titres	Dr Michel Guay
Comité d'éducation médicale continue	Dr Myriam Bouchard
Comité de pharmacologie	Dr Michel Gagnon
Comité de prévention et contrôle des infections	Dre Stéphanie Tremblay
Comité de l'évaluation de l'acte	Dr Marc Carrière
Comité de pédiatrie et de périnatalité	Dre Brigitte Carrière
Comité de morbidité-mortalité	Dr Marcel Fortin
Comité des soins de longue durée	Dre Marie Samson
Comité de gériatrie active	Dr Guy Verreault
Comité local de traumatologie	Dre Audrey Villeneuve
Comité des activités sociales	Dr Dany Harvey

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a pour fonction de procéder à l'étude du dossier d'un professionnel qui produit une demande pour devenir membre actif, associé ou associé-dépanneur au conseil du CMDP et obtenir un statut et des privilèges de pratique au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est. Le comité d'examen des titres s'est réuni sur une base régulière et ses recommandations ont été acheminées à l'exécutif du CMDP qui par la suite, soumet les candidatures pour acceptation au conseil d'administration.

En date du 31 mars 2015, 3 nouveaux membres actifs et 21 nouveaux membres associés ont été nommés au sein du CMDP dont 2 étaient membres actifs et ont demandé le statut de membres associés. Par ailleurs, 3 membres actifs ont cessé leur pratique hospitalière dans notre établissement.

Comité d'éducation médicale continue

Ce comité est très actif. Douze conférences médicales totalisant trente-six (36) heures d'enseignement médical ont été effectuées. Grâce à une cotisation volontaire des médecins de famille, ce comité est autofinancé et se veut indépendant des compagnies pharmaceutiques. De plus, à l'automne 2014, le comité a organisé une demi-journée médicale portant sur l'insuffisance rénale chronique. Il est à noter que toutes les formations sont soumises aux règles de la FMOQ.

Comité de l'évaluation de l'acte

Chaque département est responsable de l'évaluation médicale des activités de ses membres. Cette année, les sujets suivants ont été étudiés :

- Consentement transfusion des produits sanguins;
- Sondes urinaires préopératoires et post opératoires.

Comité de pédiatrie et de périnatalité

Cette année, les sujets suivants ont été étudiés :

- Colliger l'étude des dossiers concernant les anomalies fœtales détectées lors des échographies de dépistage;
- Dosage de la créatinine lors d'hospitalisation pour infection urinaire;
- Étude sur les nouveau–nés admis en isolette pour un poids inférieur à 2 kilos 200 grammes.

Comité de mortalité-morbidité

Cette année, le comité central a étudié 200 dossiers.

Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie a travaillé sur l'élaboration d'une ordonnance pré-imprimée en thromboprophylaxie oncologique et a donné son avis sur une ordonnance collective sur les pansements dans le but d'optimiser la gestion des pansements dans l'établissement. Des sous-comités sont en place pour la révision de certains protocoles, tels héparine intraveineux et acidocétose diabétique.

Comité de discipline

Deux comités de discipline travaillent à l'étude de deux dossiers de plainte. L'un des comités s'apprête à déposer son rapport, tandis que l'autre plainte est toujours à l'étude.

Départements médicaux

Chaque membre du CMDP est également membre d'un département. Un chef est nommé par le conseil d'administration pour chaque département.

Liste des différents départements	Chefs
Département d'anesthésiologie	Dr Christian Ricard
Département de biologie médicale	Dre Carole Caron
Département de chirurgie	Dr Carl Pettersen
Département d'imagerie médicale	Dre Joanne Caya
Département de médecine générale	Dr Robert Charron
Département de médecine spécialisée	Dr François Bouchard
Département d'obstétrique-gynécologie	Dre Alexandra Gagné
Département de pédiatrie	Dr Dany Harvey
Département de pharmacie	Mme Isabelle Jean, pharmacienne
Département de psychiatrie	Dr Luc Cossette

Chaque département se réunit quatre fois par année. Le chef de département est responsable envers le CMDP des fonctions décrites à l'article 190 de la LSSS et envers le directeur des services professionnels de celles décrites à l'article 189.

3.3 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2015

- Valérie Aubé
- Annie Bergeron
- Sandra Bilodeau
- Lyne Boily
- Camil Dion
- Nicolas Dufour
- Caroline Guay
- Lili Gobeil, présidente
- Marie-Pier Jean
- Katherine Labelle
- Martine Robert

Mandat

Le mandat du CII est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur des domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers, plus précisément sur :

- **L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement;**
- **L'appréciation de la qualité des activités exercées par les infirmières praticiennes spécialisées;**
- **Les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières;**
- **La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.**

Le CII formule également des avis au directeur général sur :

- **L'organisation scientifique et technique du CSSS;**
- **L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.**

Nombre de rencontres

Les membres de l'exécutif du CII du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est ont tenu 5 rencontres régulières formelles ainsi que 4 rencontres informelles. De plus, 8 rencontres restreintes avec la directrice des soins infirmiers, des services multidisciplinaire, SAPA et déficience, la présidente, la vice-présidente ainsi qu'un membre du CECI ont été réalisées.

Réalisations

- **Participation à divers comités;**
- **Parution de 3 articles dans le journal interne L'acCSSSent.**

Sous-comité de communication

- **Organisation de l'assemblée générale annuelle;**
- **Parution de 3 articles dans le journal interne L'acCSSSent;**
- **Soirée reconnaissance de l'OIIQ : recommandation de l'infirmière Lisiane Simard et rédaction d'un hommage.**

Représentativité

- **Comité de gestion des risques : 3 rencontres;**
- **Comité équipement et mobilier : 1 rencontre;**
- **Commission infirmière régionale : 3 rencontres;**
- **Colloque CII 2014 : 1 membre;**
- **Rencontre d'information de l'OIIQ : 2 rencontres.**

3.4 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2015

- **Marie-Pier Jean, vice-présidente**
- **Martine Robert, présidente**
- **Sophie Truchon, secrétaire**
- **Cindy Turcotte, membre**

Mandat

- **Veiller au maintien du processus de qualité des soins;**
- **Veiller au maintien des compétences pour l'ensemble des infirmières auxiliaires de notre CSSS en diffusant l'information en ce qui a trait aux formations offertes par l'employeur.**

Principales réalisations

- **Adresser des demandes de formation en continu pour nos membres, en conformité avec le règlement de formation de l'OIIAQ;**
- **Faire connaître le CIIA auprès des nouvelles infirmières et infirmiers auxiliaires embauchés, ainsi qu'auprès des étudiantes et étudiants en soins infirmiers.**

3.5 Comité des usagers

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2015

- **Guylaine Dumais, représentante de la population**
- **Jacques Gagnon, représentant des usagers du Centre d'hébergement Le normandie**
- **Roch Harvey, représentant des usagers de l'Hôpital d'Alma**
- **Josée Lemay, représentante des usagers du Centre d'hébergement Métabetabetchouan-Lac-à-la-Croix**
- **Lise Parent, représentante des usagers du CLSC**
- **Lina Pelletier, présidente, représentante de la population**
- **Gilles Simard, vice-président, représentant des organismes communautaires**
- **Francine T. Gaudreault, représentante des usagers du Centre d'hébergement Isidore-Gauthier**
- **Lise Tremblay, représentante de la population**

Mandat

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers. Le comité doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est un porte-parole important des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident leurs actions.

Nombre de rencontres

Le comité des usagers a tenu 6 réunions régulières. L'assemblée générale annuelle s'est déroulée le 28 mai 2014 à Alma.

Principales réalisations

- **Rencontres pour les membres des familles dans chacun des centres d'hébergement;**
- **Édition du calendrier personnalisé pour chaque centre d'hébergement;**
- **Participation aux comités milieu de vie dans les différents centres d'hébergement;**
- **Bulletins d'information pour les familles des résidents des centres d'hébergement;**
- **Activités d'accueil pour les nouveaux résidents accompagnés du répondant;**
- **Suivi du plan d'amélioration suite à la visite ministérielle des centres d'hébergement Isidore-Gauthier et Le normandie;**
- **Accompagnement du représentant de l'ASSSSLSJ, lors des visites des comités de résidents;**
- **Préparation et suivi de 16 rencontres des comités des résidents des centres d'hébergement;**
- **Contribution financière pour le fonctionnement des comités;**
- **Visites de la coordonnatrice lors d'activités regroupant des membres des familles (environ 15 visites).**

3.6 Conseil multidisciplinaire

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2015

- **Camil Dion, membre nommé d'office**
- **Jimmy Dufour, membre élu**
- **Martyne Gagnon, membre nommé d'office (avril à août 2014)**
- **Caroline Guay, membre nommé d'office (août 2014 à mars 2015)**
- **Sylvie Morin, membre élue**
- **Mario Ouellet, membre élu**
- **Julie Racine, présidente**
- **Marc St-Jean, vice-président**
- **Marie-Ève Tessier, membre élue**
- **Noémie Tremblay, secrétaire**

Mandat

Le mandat du CECM est de faire des recommandations et donner des avis sur l'organisation des soins et services dispensés par ses membres et sur le maintien de leurs compétences pour assurer des services de qualité à la population du territoire. Il doit aussi constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle.

Principales réalisations

- **Tenue de l'assemblée générale annuelle le 30 avril 2014 où 56 membres étaient présents.**
- **Implication dans divers comités dont la Table régionale des Conseils multidisciplinaires, le C.M.U.R., le comité de gestion des risques et le comité équipement et mobilier;**
- **Dépôt d'un avis à la Direction des soins infirmiers, des services multidisciplinaires et des programmes SAPA et déficience sur la Procédure *Code bleu au Centre hospitalier*;**

- Participation au colloque annuel de l'Association des conseils multidisciplinaire du Québec (ACMQ) où se tenait également l'AGA ainsi que la Table des présidents des Conseils multidisciplinaires auxquelles a assisté la présidente.
- Présentation d'une conférence lors de l'AGA, intitulée « Garder nos professionnels engagés et motivés malgré la pression de performance », donnée par M. Stéphane Cordier;
- Présentation des bons coups de deux de nos membres soulignés par une de leurs collègues, lors de l'AGA;
- Organisation d'un midi-formation sur les nouvelles connaissances sur la sclérose en plaques. Dix employés ont assisté à la formation offerte gratuitement par une ergothérapeute membre du CM;
- Organisation d'une activité reconnaissance pour la profession d'inhalothérapeute;
- Publication d'articles divers et réalisation de mini-reportages sur nos membres dans le journal interne;
- Création et utilisation d'un babillard pour le CM sur l'Intranet du CSSS.

3.7 Comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services

Liste des membres du comité central en date du 31 mars 2015

- Camil Dion, directeur général
- Manon Doucet, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Roch Harvey, président du comité, membre du conseil d'administration
- Patrice St-Pierre, membre du conseil d'administration
- Andrée Verreault, membre du conseil d'administration

- Invitée : Josée Simard, chef de la gestion des risques et de la qualité

Mandat

Le comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services recueille les diverses recommandations et rapports déposés au conseil d'administration portant sur la qualité et la sécurité des services ainsi que sur le respect des droits des usagers. Après analyse, le comité émet des recommandations si nécessaire, sur les suites à donner afin de maintenir et d'améliorer la qualité et la sécurité des services dispensés aux usagers de notre établissement et le respect de leurs droits.

Principales réalisations

Le comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services a tenu 4 rencontres dont le résumé a été déposé au conseil d'administration. Au cours de l'année, aucune situation n'a fait l'objet de recommandation particulière. Le président du comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services fait un suivi rigoureux en ce qui a trait à l'appréciation de la qualité des services relativement aux travaux suivants :

- Recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Nombre et nature des plaintes reçues;
- Accréditation d'Agrément Canada;
- Événements indésirables de gravité importante et événements sentinelles;
- Gestion des risques principalement des chutes et des médicaments;
- Infections nosocomiales;
- Plaies de pression;
- Mesures de contrôle, contention et isolement;
- Actifs informationnels;
- Avis du coroner.

3.8 Comité de gestion des risques et de la qualité

Liste des membres du comité en date du 31 mars 2015

- **Réjean Baribeau, directeur ressource intermédiaire Domaine Lajoie, président du comité**
- **Véronique Beaulieu, chef du service santé et sécurité au travail**
- **Lyne Boily, infirmière, représentante CII**
- **Élise Desbiens, chef de service laboratoires et électrophysiologie**
- **Karen Fortin, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections**
- **Isabelle Jean, pharmacienne, représentante CMDP**
- **Annie Lavoie, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections**
- **Brithanny Pagé, conseillère en soins infirmiers, prévention**
- **Marie Potvin, coordonnatrice du comité des usagers**
- **Josée Simard, chef de la gestion des risques et de la qualité**
- **Marie-Ève Tessier, diététiste-nutritionniste, représentante du CM**

Mandat

Le comité joue un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques de l'établissement. Son mandat est précisé à l'article 183.2 de la LSSSS.

Rencontres

Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu 5 rencontres régulières en cours d'année. Le suivi de dossiers du comité de gestion des risques et de la qualité est fait auprès du comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services.

Principales réalisations

- **Suivi de 28 événements sentinelles : divulgations, mesures correctives et préventives, mesures de soutien;**
- **Mise à jour du règlement du comité de gestion des risques.**

3.8.1 Mesures de contention

Le taux de prévalence ponctuel mesuré pour l'utilisation d'au moins une contention physique démontre une diminution significative aux centres d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix et Le normandie.

Mesures de contention	2014-2015*	2012-2013
Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	25 %	35 %
Centre d'hébergement Le normandie	20 %	21 %
Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	29 %	24 %

* Données recueillies en date du 31 mars 2015 aux fins d'analyse.

Constats tirés de l'évaluation des mesures de contention

- **La moitié des contentions utilisées en centre d'hébergement sont les ridelles de lits;**
- **La principale raison de l'utilisation des contentions est liée au risque de chute chez les usagers à mobilité réduite;**
- **Les rapports de déclaration d'incidents et accidents liés à l'utilisation des contentions ont tous été sans conséquence.**

3.8.2 Suivi aux recommandations du coroner

Correctifs mis en place dans le cadre de deux suivis de rapports du coroner

- **Une évaluation de l'acte médical est en cours.**

3.9 Prévention et contrôle des infections

3.9.1 Comité de contrôle des infections

Liste des membres du comité en date du 31 mars 2015

- **Véronique Beaulieu, chef du service santé**
- **Youry Boudreault, ASI, service de médecine**
- **Marc Côté, chef de service chirurgie et stérilisation**
- **Marie-Claude Dion, chef de service buanderie, hygiène et salubrité**
- **Karen Fortin, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections**
- **D[r] Michel Guay, président du CMDP**
- **Annie Lavoie, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections**
- **Jean-François Paradis, microbiologiste infectiologue**
- **Meggie Racine, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections**
- **Josée Simard, présidente, chef de la gestion des risques et de la qualité**
- **Rébecca Têtu, pharmacienne**

Mandat

Le mandat du comité est de déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI). Ce programme couvre les 6 volets suivants : surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes infectieux émergents, politiques, procédures et mesures de soutien, éducation et formation, évaluation, communication et information et gestion d'éclosions. Grâce à sa multidisciplinarité, il est en mesure d'élaborer des recommandations en tant qu'expert à l'établissement.

Principales réalisations

- **Support dans l'application des mesures de gestion des éclosions dans l'établissement;**
- **Visite de l'unité dédiée pour les isolements et recommandations de travaux d'amélioration à effectuer pour diminuer le risque de transmission.**

Gestion des éclosions – statistiques

Éclosions	2014-2015	2013-2014
Incidence Clostridium difficile	13,0	9,34
Incidence SARM (infection)	0,67	1,56
Incidence SARM (colonisation)	4,67	4,67
Incidence bactériémie	2,0	3,11

Incidences sur 10 000 jours présence

3.10 Comité local des actifs informationnels

Liste des membres du comité au 31 mars 2015

- **Julie Bouchard, conseillère en gestion des ressources humaines – relations de travail**
- **Pierre Bouchard, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles**
- **Caroline Lapierre, archiviste médical**
- **Caroline Maltais, chef des ressources informationnelles et des télécommunications**
- **Josée Simard, chef de la gestion des risques et de la qualité - Responsable du service des actifs informationnels (RSAI)**
- **Cathay Turcotte, coordonnatrice locale du dossier clinique informatisé**

Mandat

Le mandat du comité est avant tout un rôle-conseil auprès du RSAI. Par sa vision globale, il est en mesure de proposer des orientations, de faire des recommandations et d'évaluer les incidences sur la sécurité informationnelle que les nouveaux projets pourraient avoir dans l'établissement.

Principales réalisations

- **Support dans la reprise des audits des salles de serveurs du CSSS;**
- **Support au gestionnaire d'autorisation d'accès dans le déploiement du DSQ;**
- **Mise en place d'une procédure de gestion des jetons et des dispositifs pour le DSQ, lors de départ et de mutation des employés.**

Sécurité informatique

Au cours de l'année 2014-2015, le service informatique a placé la totalité des virus détectés en quarantaine, par le fait même aucun bris de service n'a été enregistré.

Détection virale	2014-2015	2013-2014
Clés USB	0 %	62 %
Navigation Internet	72,3 %	38 %
Courriels	0,4 %	0 %
Fichiers	27,3 %	N/D

3.11 Comité local d'éthique clinique (CLEC)

Liste des membres

- **Louis Côté**
- **Martyne Gagnon**
- **Amélie Harvey**
- **Christiane Hudon**
- **Isabelle Jean, vice-présidente**
- **Brithany Pagé**
- **Marie Potvin**
- **Alain Rousseau**
- **Sophie Simard**
- **Marie-Ève Tessier**
- **Christine Tremblay, secrétaire**
- **France Tremblay**
- **Marie-Andrée Tremblay**
- **Philippe Villemure, président**

Mandat

Le CLEC est une instance consultative, un lieu de délibération et un lieu de dialogue éthique se définissant comme suit :

- **A un rôle intrinsèque de protection des personnes;**
- **Est une instance impartiale de réflexion;**
- **Permet au CSSS de bénéficier d'une ressource officielle locale et qualifiée en éthique par un travail d'équipe pluridisciplinaire ayant des compétences et une masse critique suffisante favorisant un fonctionnement optimal comme lieu d'échanges et de dialogues éthiques;**
- **Peut soutenir, stimuler ou favoriser, par des activités d'information et de participation, un intérêt plus marqué au respect des valeurs éthiques dans l'établissement.**

Principales réalisations

- **Poursuite du travail sur un plan de communication et de promotion du comité d'éthique ;**
- **Production d'un dépliant de promotion;**
- **Élaboration d'un système de garde pour permettre aux professionnels du CSSS d'avoir un accès rapide aux conseils éthiques des membres du CLEC;**
- **Poursuite des réflexions autour du projet de loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie — « Mourir dans la dignité, aide médicale à mourir ».**

SECTION 4 : Suivi à la planification stratégique 2012-2015

Cette section présente les objectifs de la planification stratégique qui comporte 7 enjeux majeurs, pour lesquels des actions concrètes ont été réalisées ou dont l'échéancier était fixé en 2014. Il est possible de consulter le document de la planification stratégique en totalité au www.santealma.qc.ca.

ENJEU 1

La primauté de l'organisation et de l'accessibilité des services de 1re ligne dans une perspective de continuum de services en modèle réseau

Orientation 1 : Supporter l'organisation et l'accessibilité aux services médicaux de 1re ligne

Enjeu 1 – Orientation 1			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité des personnes à un médecin de famille	• Pourcentage de la population ayant accès à un médecin de famille	95 %	Atteint
Assurer la prise en charge des personnes présentant des problèmes complexes et/ou chroniques par un médecin de famille	• Nombre de personnes référées par un médecin de famille à un service de maladies chroniques	Augmentation	Atteint
	• Pourcentage de personnes présentant des problèmes complexes prises en charge par un médecin de famille et les équipes interdisciplinaires	Augmentation	Atteint
	• Nombre de personnes suivies dans la trajectoire de service	Augmentation	Atteint
	• Nombre de PII et PSI	Augmentation	Atteint
Intégrer les services territoriaux de 1re ligne	• Mise en place du plan d'organisation des services de 1re ligne	2015	Atteint
	• Infirmières praticiennes spécialisées (IPS) intégrées aux services de 1re ligne	2015	Atteint
	• Vision commune adoptée	2015	En voie
Consolider et continuer le développement du Centre d'investigation clinique afin d'assurer l'accès aux services de 2e et 3e lignes par les omnipraticiens	• Nouveaux protocoles développés pour le Centre d'investigation clinique en 2e ligne – 2 par année	Augmentation des protocoles 2/an	Atteint
	• Nombre d'usagers vus	Augmentation	Non atteint

Orientation 2 : Favoriser l'amélioration de l'accès aux services généraux de 1re ligne

Enjeu 1 – Orientation 2			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Réduire les délais de prise en charge de toutes les clientèles de 1re ligne nécessitant des services sociaux à la lumière de l'évaluation de l'offre de service actuelle	• Délai moyen de prise en charge et de suivi par un professionnel des clientèles référées par Info-Social ou à l'accueil – analyse – évaluation – orientation (AAOR)	Diminution	Atteint
	• Nombre de personnes prises en charge	Augmentation	Atteint
	• Nombre de personnes sur la liste d'attente	Diminution	Atteint
	• Appropriation du *Guide offre de service – Services généraux du MSSS*	2014	Atteint

Orientation 3 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Enjeu 1 – Orientation 3			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	• Programme intégré d'autogestion de réadaptation (Télésoins, AIME, VISAGES, trajectoires des maladies chroniques, etc.).	Consolidation 2015	Atteint
Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire	• Pourcentage de jeunes et adultes ayant des troubles mentaux recevant des services de santé mentale de 1re ligne offerts en CSSS	2 % en 2015	En voie
Renforcer les services de 1re ligne en santé mentale : augmentation des heures de professionnel répondant (jeunes et adultes)	• Proportion des heures consacrées aux activités de professionnels répondants	Augmentation	Atteint
Développer l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1re ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	• Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1re ligne	Augmentation	Atteint
	• Nombre de personnes identifiées comme prioritaires évaluées en collaboration avec notre CSSS	Mise en place 2013-2014	Atteint
Compléter l'implantation d'un continuum de service en déficience	• Ententes avec les partenaires concernés des programmes DP et DI	2015	Protocole DP réalisé Protocole CRDI en cours Ouverture RI-DP
Collaborer à la hiérarchisation des services en déficience	• Nombre d'usagers recevant des services en déficience de 1re ligne	Augmentation	90 % usagers connus
Consolider les services en soins palliatifs	• Programme révisé et appliqué	2013	Atteint

Orientation 4 : Rendre accessibles, intégrer et coordonner les services à la population en perte d'autonomie

Enjeu 1 – Orientation 4			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Poursuivre la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) incluant le déploiement de la solution informatique (RSIPA)	• Dégré d'implantation du RSIPA • Pourcentage du déploiement de la solution informatique RSIPA	55 % en 2015 100 %	72,88 % Réalisé – en continu
Poursuivre l'implantation en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	• Mise en place de la majorité des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	100 % des préalables ↑ composantes 2011-2012 : 19 %	Réalisé Réalisé 67 %
Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	• Nombre total d'heures de services soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de prestation de services	↑ de 10 % d'ici 2015	Réalisé 47 %
Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités (personnes âgées en perte d'autonomie et personnes atteintes de déficience et santé mentale)	• Nombre de places d'hébergement en ressources alternatives non institutionnelles (RNI) en collaboration avec le milieu	Augmentation Diversification	Atteint 20 places RNI Ouverture RI-DP RRAC-SM
Consolider l'offre de service en centre de jour sur le territoire	• Révision de l'offre de service en centre de jour	2013	Réalisé
	• Nombre de services supplémentaires de type « centre de jour » développés	2014	Réalisé

Orientation 5 : Assurer la continuité avec l'offre de service en 2e ligne

Enjeu 1 – Orientation 5			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Mettre en place des réseaux de services intégrés pour les clientèles ciblées (consolidation de la trajectoire en oncologie et soins palliatifs)	• Nombre de continuums de services mis en place	Augmentation	Atteint
Développer des services en fonction des priorités nationales, régionales et locales ciblées	• Services développés : - Gériatrie - Médecine interne - Hémato-oncologie	Révision du service en gériatrie 2 internistes 2015	Octroi de 2 postes de gériatres à combler dans le plan d'effectif médical Entente avec gériatre externe pour consultations ponctuelles ds l'établissement Intégration de 3 spécialistes en médecine interne : cardiologie, rhumatologie et hémato-oncologie
Consolider les équipes de professionnels de la santé mentale pour assurer l'offre de services spécialisés aux clientèles cibles : santé mentale	• Consolidation des activités de 2e ligne en santé mentale	Service déployé	Atteint

ENJEU 2

Des actions favorables et concertées sur les déterminants de la santé

Orientation 1 : Promouvoir l'action intersectorielle sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Enjeu 2 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Assurer la mise en œuvre des activités de promotion de prévention et de protection prévues dans le plan local de santé publique (PAL)	• Programme Action Santé - Déploiement de la phase 3 - Déploiement de la phase estivale	Augmentation	Atteint
Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de 1re ligne en donnant la priorité aux problèmes suivants : ➤ Prévention du suicide ➤ Services aux hommes ➤ Services en toxicomanie	• Nombre de services développés répondant aux besoins de ces clientèles spécifiques	Augmentation	Atteint

ENJEU 3
La qualité des services et l'innovation

Orientation 1 : Dispenser des soins et services de qualité de façon sécuritaire -

Enjeu 3 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Poursuivre la mise en place du bilan comparatif du médicament	• Pourcentage d'implantation du BCM à l'admission	2015 : 100 %	Réalisé BCM réalisé pour 100% des admissions, sauf en psychiatrie .

Orientation 2 : Consolider et soutenir la mission d'enseignement

Enjeu 3 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Encourager et soutenir les activités de recherche professionnelles	• Nombre de projets de recherche réalisés • Nombre de contributions à des recherches	Augmentation	Collaboration au projet de recherche DIMAC 02 qui engobe : V1SAGES FORCES PRISME Collaboration à 4 projets de recherche multicentrique depuis septembre 2012

Orientation 3 : Susciter et soutenir l'innovation pour demeurer à l'avant-garde

Enjeu 3 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique en misant sur des technologies de pointe	• Implantation du DCI	Respect des échéanciers	Atteint
Susciter des projets novateurs	• Nombre de projets novateurs	2 concours / année	Atteint

ENJEU 4

Une gestion clinico-administrative performante, imputable et cohérente

Orientation 1 : Disposer des ressources nécessaires pour donner des services de qualité

Enjeu 4 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Développer un plan directeur immobilier	Dépôt du plan directeur	2013	Non réalisé

Orientation 2 : Prendre des décisions de gestion cohérentes

Enjeu 4 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mettre en place des outils de gestion permettant d'effectuer un suivi des décisions	• Utilisation MAGIC	En continu	Atteint
	• Outil de gestion à l'intention du CA Tableaux de bord pour les directions	Tableaux de bord révisés	Atteint

Orientation 3 : Analyser les processus de gestion

Enjeu 4 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mettre en place une philosophie d'amélioration continue des processus	• Ressource interne spécialisée	2013	Report de l'embauche
	• Projets d'amélioration continue	5 proj. d'ici 2015	2 projets réalisés
Mettre en place des mécanismes pour établir les priorités d'action	• Grille de priorisation	2012	Priorité aux projets de récupération budgétaire
	• Liste des priorités organisationnelles	Dépôt 2013-2014	Atteint

Orientation 4 : Miser sur la collaboration et l'interdisciplinarité

Enjeu 4 – Orientation 4			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Consolider la co-gestion médicale	• Nombre de médecins participant aux divers comités cliniques	Augmentation	Atteint
	• Intégration des chefs de départements médicaux à l'organigramme	2012	En voie
Consolider l'interdisciplinarité	• Former un comité de concertation interdisciplinaire regroupant les instances professionnelles	Formation du comité UGA	Atteint
	• Nombre de dossiers ayant un PII	100 % en 2015	Atteint
	• Cadre de référence	Mise à jour faite	Atteint

Orientation 5 : Gérer et communiquer efficacement l'information

Enjeu 4 – Orientation 5			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Élaborer un plan de gestion de l'information	• Dépôt d'une politique cadre gestion de l'information	2014	Atteint

ENJEU 5

Des délais raisonnables pour l'accès aux services

Orientation 1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Enjeu 5 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis	• Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais	90 %	Atteint
Développer un mécanisme d'accès aux nouveaux services spécialisés de médecine interne	• Nombre d'usagers desservis	2014	Atteint
Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : - aux services offerts à l'intérieur de 30 jours - aux serv. spécialisés de 2e ligne à l'intérieur de 60 jours	• Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis	Augmentation	1re ligne – Guichet d'accès unique en santé mentale 2e ligne – Non atteint

ENJEU 6

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Enjeu 6 – Orientation 1 : Favoriser la conciliation travail/vie personnelle

Enjeu 6 – Orientation 1			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Favoriser la santé et le bien-être du personnel au travail	• Mise en place du programme SM-SST	2015	• Participation à la dernière formation • En attente des directives du MSSS (Loi 10) et abolition de l'AQESSS
Évaluer la structure des postes en fonction des besoins des différents centres d'activités	• Nombre de secteurs d'activités analysés et modifiés au besoin	50 % d'ici 2015	• Structures de postes évaluées dans 2 centres d'activités au CHSLD de Métabet.-Lac-à-la-Croix • Réorganisation du travail au service alimentaire CH + 2 CHSLD
Réduire le recours au temps supplémentaire	• Pourcentage de temps supplémentaire	↓ à moins de 5 % d'ici 2015	En voie Taux de 4,21 %
Amélioration des conditions de travail des cadres	• Optimisation de la répartition des tâches du gestionnaire • Augmentation du temps de présence auprès du personnel • Amélioration du sentiment de satisfaction au travail	2013	Avec l'adoption de la Loi 10 et l'abolition de 20 postes cadres administratifs, perte de mobilisation considérable

Enjeu 6 – Orientation 2 : Disposer d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant pour répondre à nos besoins

Enjeu 6 – Orientation 2			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Produire et mettre en œuvre un plan de main-d'œuvre local pour l'ensemble des catégories d'emploi	• Plan de main-d'œuvre local adopté • Nombre de plans de main-d'œuvre développés par secteur	Novembre 2013	Révision du plan de main-d'œuvre local
Collaborer à la promotion des carrières du réseau de la santé et des services sociaux	• Nombre d'étudiants accueillis • Nombre de participation à des salons de l'emploi • Collaboration aux initiatives régionales	20 personnes/an 4 salons/an En continu	Participation sous-régionale et régionale aux salons de l'emploi et différents comités de PMO
Maintenir et développer les compétences de notre personnel grâce à la formation continue	• Mise à jour annuelle du PDRH	Révision annuelle	• Règlement du grief de l'APTS concernant le PDRH • Entente avec la FIQ concernant le PDRH • Révision de la constitution des comités patronal-syndical et mise en place d'un nouveau processus de priorisation des formations

Enjeu 6 – Orientation 3 : Mobiliser le personnel

Enjeu 6 – Orientation 3			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Apprécier la contribution du personnel en continu	• Nombre d'employés évalués	100 % à tous les 2 ans	Taux insuffisant d'employés appréciés (30 %)
Développer des stratégies mobilisatrices pour améliorer la présence au travail	• Taux d'assurance salaire	6,15 % d'ici 2015	Taux d'assurance salaire à 7,01 %

Enjeu 6 – Orientation 4 : Favoriser l'utilisation optimale des compétences de nos ressources humaines

Enjeu 6 – Orientation 4			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Réorganiser le travail selon la réalité des différents secteurs	• Nombre de secteurs analysés et révisés	2 /an	Sept secteurs ciblés vs compressions budgétaires
Éviter le recours à la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers	• Pourcentage de main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers	0 %	Atteint

ENJEU 7
Développement durable du réseau local de services

Orientation 1 : Favoriser les initiatives locales et les actions structurantes au développement des communautés

Enjeu 7 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mobiliser les partenaires du réseau autour des problématiques reliées à l'exclusion sociale	• Participation à la table de concertation traitant d'exclusion sociale	2015	Atteint
	• Nombre de projets issus de la table auxquels le CSSS participe	2 projets/an	Atteint

Orientation 2 : Déployer les ressources de santé et services sociaux selon les besoins des différentes communautés

Enjeu 7 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Développer une gamme de soins et services de proximité adaptés aux communautés en collaboration avec nos partenaires du réseau local de services	• Mise en place d'une clinique médicale rurale à Sainte-Monique en collaboration avec l'UMF d'Alma en septembre 2012	2 cliniques/2014	Atteint

Orientation 3 : Intégrer le développement durable dans nos principes de gestion

Enjeu 7 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Élaborer et implanter des indicateurs de performance permettant de mesurer l'impact des actions dans les différentes sphères du développement durable : économique, sociale et environnementale	• Indicateurs de performance	2015	En voie
Prendre les décisions administratives et de gestion en respect avec les principes de développement durable	• Indicateurs de performance	2015	En voie

SECTION 5 : Rapport de gestion

Mise en contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux introduit, depuis quelques années, une nouvelle approche dans la gestion des services de santé et des services sociaux. Cette approche est axée sur la production de résultats et sur la responsabilité de l'administration publique face à l'atteinte de ceux-ci. Dans cet esprit, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, selon l'Entente de gestion et d'imputabilité, précise les résultats attendus du CSSS de Lac-Saint-Jean–Est en matière d'offre de service à la population de son territoire pour l'année financière en cours, ainsi que les cibles de services à atteindre d'ici 2015. Le présent rapport de gestion trouve donc ses assises sur les indicateurs proposés par l'Agence et les résultats atteints en date du 31 mars 2015. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des résultats obtenus dans tous nos programmes et services, mais de la reddition de comptes de la direction, face aux objectifs fixés par cette entente.

5.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2014-2015

Pictogramme d'appréciation des résultats		Résultats	
		Absolus	%
Nombre d'indicateurs dont l'engagement est atteint	☑ Engagement atteint	69	79,3
Nombre d'indicateurs dont la valeur est égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %	◆ En voie	6	6,9
Nombre d'indicateurs dont la valeur est inférieure à 90 % de l'engagement	☒ Non atteint	12	13,8
	Total	87	100

Tableau des indicateurs

	Engagement	Résultats	2014-2015	2013-2014
Santé publique				
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1) au cours de l'année de référence	1	☒	0,73	0,73
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,5	☒	0,34	0,32
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,25	☒	0,21	0,20
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0,5	☒	0,33	0,34
Pourcentage des activités du PNSP implantées ENGAGEMENT : Poursuivre l'implantation des activités du PNSP (Par questionnaire aux 2 ans)	85 %	☑	oui	---
Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive	22	☒	15	---
Prévention et contrôles des infections				
Maintenir les taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis DADC	<= 6,4	☒	13	9,34
Maintenir les taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis SARM BACTÉRIÉMIES	<= 0,56	☑	0	0

	Engagement	Résultats	2014-2015	2013-2014
Services généraux – activités cliniques d'aide				
Pourcentage des appels de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondus en moins de 4 minutes	90 %	◆	87 %	88 %
Perte d'autonomie liée au vieillissement				
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services	84 223	☑	89 943	77 755
Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70 %	☑	84,8 %	69,6 %
Hébergement				
Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	Max. 3	☑	1,2	1,6
Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Max. 3	☑	0,7	0,8
Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Max. 3	☑	2,7	1,8
Déficience physique				
Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès-Toutes déficiences -Tous âges - **priorité urgente**	90 %	☑	100 %	100 %
Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès-Toutes déficiences -Tous âges - **priorité élevée**	90 %	☑	100 %	80 %
Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès-Toutes déficiences -Tous âges - **priorité modérée**	90 %	☑	93,3 %	91,5 %
Dépendance				
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par le CSSS	42	☑	62	46
Santé mentale				
Nombre de places en service de **suivi intensif** pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	30	☒	22	24
Nombre de places en **soutien d'intensité variable** dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	76	☒	44	43
Nombre d'usagers (jeunes et adultes) souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	775	◆	740	754
Santé physique				
Pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille – Nombre total de GMF	2	☑	2	2
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	100 %	◆	98 %	97 %
Séjour moyen sur civière (heures)	8	☑	7,02	6,81
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0%	☑	0 %	0

	Engagement	Résultats	2014-2015	2013-2014
Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	10 %	☑	0,78 %	----
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (ensemble des chirurgies)	90 %	☑	97,8	----
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	90 %	☑	92,7 %	84,3 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une arthroplastie du genou	90 %	☑	94,80 %	79,6 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	90 %	☑	99,5 %	99,6 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	90 %	☑	97,2 %	96,6 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	☑	97,6 %	96,9 %
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an (ensemble des chirurgies)	0 %	☑	0 %	----
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	80 %	☑	84,4 %	83,3 %
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100 %	◆	98,7 %	----
Imagerie médicale				
Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale de moins de trois mois :				
– pour les graphies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les scopies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les mammographies diagnostiques	90 %	☑	100 %	99,5 %
– pour les échographies obstétricales	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies cardiaques	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies mammaires	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les autres échographies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les tomodensitométries	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les résonnances magnétiques	90 %	☒	69,2 %	88 %
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours en imagerie médicale :				
– pour les graphies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les scopies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les mammographies diagnostiques	90 %	☑	100 %	98,6%
– pour les échographies obstétricales	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies cardiaques	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies mammaires	90 %	☑	96,3%	99,3%

	Engagement	Résultats	2014-2015	2013-2014
– pour les autres échographies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les tomodensitométries	90 %	☑	99,8 %	99,8 %
– pour les résonnances magnétiques	90 %	☒	68,2 %	63,8 %
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur de trois mois en imagerie médicale :				
– pour les graphies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les scopies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les mammographies diagnostiques	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies obstétricales	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies cardiaques	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies mammaires	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les autres échographies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les tomodensitométries	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les résonnances magnétiques	90 %	☒	56,1 %	100 %
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale:				
– pour les graphies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les scopies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les mammographies diagnostiques	90 %	☑	100 %	98,6 %
– pour les échographies obstétricales	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies cardiaques	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies mammaires	90 %	☑	95,8 %	99,3 %
– pour les autres échographies	90 %	☑	100 %	100 %
– pour les tomodensitométries	90 %	☑	98,1 %	99,8 %
– pour les résonnances magnétiques	90 %	☑	98,3 %	98,3 %
Ressources humaines				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et en nombre d'heures travaillées	6,45 %	◆	6,97	6,98 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	4,51 %	☑	4,4 %	4,8 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	2,57 %	◆	2,7 %	3 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (personnel infirmer)	0 %	☑	0 %	0 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (inf. auxiliaires)	0 %	☑	0 %	0 %

	Engagement	Résultats	2014-2015	2013-2014
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (préposés aux bénéficiaires)	0 %	☑	0 %	0 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (inhalothérapeutes)	0 %	☑	0 %	0 %
Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	1	☑	1	1
Pourcentage des établissements ayant mis à jour le plan de main-d'œuvre	Mise à jour	☑	oui	oui
Démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisation	☑	oui	oui
Implantation d'un programme de soutien clinique, volet préceptorat	Poursuivre et consolider – volet préceptorat	☑	oui	oui
Implantation d'un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Poursuivre les activités	☑	oui	oui
Obtention de l'agrément incluant le volet mobilisation des ressources humaines	Obtention de l'agrément - volet mobilisation du personnel	☑	oui	oui
Hygiène et salubrité				
Avoir complété les trois premières étapes pour l'élimination des « zones grises » en hygiène et salubrité	100 %	☑	100 %	70 %

5.2 Gestion et contrôle des contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le le 31 mars 2015.

Contrats de service	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique [1]	----	----
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique [2]	1	60 840 $
Total des contrats de service	1	60 840 $

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

SECTION 6 : Rapports d'activités de l'établissement

L'année financière 2014-2015 marque la fin du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est qui sera intégré au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour l'année financière 2015-2016.

Nous pouvons être fiers de la contribution des employés, gestionnaires, professionnels et médecins qui ont contribué à présenter un surplus de 233 658 $ au niveau des activités principales et de 761 816 $ au niveau des activités accessoires. Ces résultats plus que satisfaisants sont atteints malgré un contexte de compression imposée en début d'année de 1 577 243 $ qui, rappelons-le, s'additionne à celles de plusieurs années. Dans ce contexte de fortes contraintes, le CSSS de Lac-Saint-Jean–Est peut s'enorgueillir de laisser une situation financière positive. C'est en fait un avoir propre de 2 353 261 $ qui sera transféré à la nouvelle entité.

6.1 Rapport d'activités administratives

6.1.1 Ressources matérielles

La phase II du grand projet d'aménagement et d'agrandissement de l'urgence et des cliniques externes spécialisées se poursuit. Tel que prévu, la construction a débuté à l'été 2014 et les travaux suivent l'échéancier initial.

Deux autres grands chantiers se sont déroulés au cours de l'année. La construction d'une nouvelle aile au Centre d'hébergement Le normandie a permis l'ajout de 22 chambres individuelles. Nous avons également procédé aux travaux de la cuisine du Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix qui produira dorénavant, en liaison froide, les aliments pour l'ensemble des centres d'hébergement de notre territoire. Ces travaux permettront de concrétiser des économies récurrentes importantes.

Parmi les travaux importants, mais de moindres envergures, soulignons les réalisations suivantes :

- **Modification de l'accès au balcon pour les résidents du Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;**
- **Aménagement d'une salle à manger supplémentaire au Centre d'hébergement Le normandie;**
- **Aménagement d'une cuisine temporaire au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;**
- **Réaménagement des espaces de bureau pour la liste de rappel.**

Demande de support aux installations matérielles

Bons de travail informatisés (Gamma)	2014-2015		2013-2014	
	Reçus	Traités/fermés	Reçus *	Traités/fermés*
Groupe - Biomédical	1 180	1 123	1 852	1 747
Groupe - Électricité	1 180	1 123	1 928	1 868
Groupe - Menuiserie	1 639	1 493	3 068	2 948
Groupe - Plomberie-chauffage	1 931	1 759	2 243	2 200
Groupe - Téléphonie	472	455	556	555

* Ces données n'ont été comptabilisées qu'à partir du 15 octobre 2012

Statistiques buanderie

Buanderie	2014-2015	2013-2014
Kilogrammes de linge lavé	823 203	794 418
Nombre de départs/transferts	10 948	11 060
Collecte des déchets biomédicaux infectieux	34 110	33 767

6.1.2 Performance clinique et administrative

Les membres du comité ont élaboré des stratégies ayant pour but de rendre optimale l'utilisation des ressources humaines, financières et immobilières dont le CSSS dispose. Des séances individuelles ont eu lieu afin de dresser un tableau de bord par direction.
À la lumière des études comparatives réalisées afin de situer la performance globale de notre établissement à l'intérieur d'un groupe comparable, nous avons mis en branle des projets structurants pour nous aider à améliorer notre performance au sein de secteurs dont l'efficience semble pouvoir être améliorée.

Projets

- Élaboration de tableaux de bord par direction (direction de la santé physique, direction de la 1re ligne, direction des réseaux de services santé mentale et FEJ);
- Soutien à différents projets des grands utilisateurs (V1SAGES, démarche AIME, HIVER);
- Suivi des standards psychosociaux (production);
- Surveillance de la qualité de l'information.

6.1.3 Ressources informationnelles

Tout au cours de l'année, le département informatique a procédé à la mise en place de plusieurs projets technologiques en collaboration avec différents secteurs cliniques. Parmi ceux-ci, le changement du système d'admission et des rendez-vous a mobilisé de façon importante l'équipe technique. Par ailleurs, le déploiement du DCI s'est poursuivi aux intervenants de 1re ligne en CLSC et aux points de chute.

Le DSQ a également fait son apparition en cours d'année, l'application disponible sur plusieurs postes informatiques est utilisée par les praticiens. La migration des postes informatiques vers la plateforme Windows 7 a permis d'atteindre la cible visée de 50 % du renouvellement du parc informatique. Plusieurs comités locaux sont maintenant sans papier, la technologie aidant, les gestionnaires peuvent compter sur une plus grande mobilité.

Les nombreux changements technologiques exigés par le MSSS ont fait en sorte que plusieurs médias d'information devenaient désuets. Nous avons donc réuni dans un Intranet conçu sur mesure pour notre CSSS, toute l'information dispersée un peu partout. Le réseau sans-fil déployé au centre hospitalier s'est étendu au CLSC; augmentant par le fait même, la mobilité des intervenants.

L'équipe continue, à travers tous les projets locaux, a supporté l'équipe régionale et contribue à la consolidation du centre de traitement régional à Alma.

6.1.4 Accueil, Archives et Téléphonie

Ce service coordonne l'ensemble des activités relatives à :

- L'enregistrement, l'inscription, le transfert, le départ des usagers à l'hôpital et en centre d'hébergement;
- L'accueil, l'admission, l'inscription de la mission CLSC;
- La centrale de rendez-vous et le transport des usagers;
- L'analyse, l'évaluation, la conservation, l'accès aux dossiers d'usagers et la transcription des rapports médicaux;
- La gestion de la qualité de l'information médico-hospitalière et celle de I-CLSC;
- Les activités de téléphonie, avec et sans fil, pour l'ensemble de l'organisation;
- Le brancardage.

Accueil, Archives et Téléphonie

Centre hospitalier	2014-2015	2013-2014
Nombre de dossiers codifiés et analysés par les archivistes (adm. et chir. 1 jour)	7 878	8 140
Nombre de visites en cliniques externes avec ouverture de dossier	49 285	49 688
Nombre de rendez-vous donnés à la centrale (téléphone et comptoir)	53 563	54 778

Centre hospitalier (suite)	2014-2015	2013-2014
Nombre de demandes de copies de dossiers à la correspondance	9 316	9 125
Nombre de dossiers prêtés aux unités	81 762	104 752
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	4 681	4 687
Nombre de déplacements effectués par le service de brancardage	18 950	20 608
Nombre de rapports médicaux transcrits (protocoles, feuilles sommaires, consultations...)	47 370	46 077
CLSC		
Nombre de demandes de copies de dossiers à la correspondance	476	440
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	2 385	2 417

Brancardage

L'année 2014 fut une année importante pour le secteur de la brancarderie puisque celui-ci s'est donné un nouvel air technologique. Les processus de travail des brancardiers ont été revus en totalité; une plus grande autonomie du personnel a marqué le point d'ancrage des modernisations apportées à ce secteur.

Un logiciel permettant d'automatiser toutes les demandes provenant de tous les départements de l'hôpital a été acquis. L'utilisation d'un téléphone intelligent, jumelé à une application mobile a été développée par le fournisseur à notre demande. Nous figurons donc maintenant comme vitrine technologique puisque nous sommes le seul établissement au Québec à travailler ainsi pour le transport des usagers hospitalisés et des spécimens de laboratoire.

Dossier clinique informatisé (DCI)

La continuité a été l'aspect marquant cette année avec le déploiement du DCI aux services de 1re ligne en CLSC.

En septembre, une avancée importante a été faite puisque l'équipe médicale peut dorénavant consulter les résultats de laboratoire directement dans le DCI. La numérisation des formulaires de la courte durée étant bien implantée, l'équipe des archives a été en mesure de débuter la numérisation du fonds d'archive du CLSC, dont la fin est prévue en août 2015.

6.1.5 Effectifs de l'établissement au 31 mars 2015

Effectifs de l'établissement en date du 31 mars 2015	2014-2015	2013-2014
Personnel cadre		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	35	37
Temps partiel	8	8
Nombre de personnes : Équivalent temps complet [1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	4,3	4,3
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	651	645
Temps partiel	455	468
Nombre de personnes : Équivalent temps complet [1] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	233	238
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	3	0
Employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	354 007	354 792
Équivalents temps complet [2]	194	194

1 L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
- Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail à temps complet du même corps d'emploi.

2 L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les employés occasionnels :
- Nombre d'heures rémunérées divisées par 1 826 heures.

6.1.6 Gestion et contrôle des effectifs

Tableau des heures rémunérées par catégorie d'emploi du 1er janvier au 31 mars.

Catégories d'emploi	1er janvier au 31 mars 2015	1er janvier au 31 mars 2014
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	212 553	215 814
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	147 464	157 295
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	74 963	74 294
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	108 843	104 819
Personnel non visé par la Loi 30	5 010	5 354
Personnel d'encadrement	18 527	18 788
Total	567 360	576 364

* Conformément au niveau mensuel des heures rémunérées à respecter à partir du 1er janvier 2015, les données indique que notre cible est respectée.

6.2 Rapport d'activités soins et services

Les données fournies dans les tableaux suivants peuvent différer des résultats de l'entente de gestion, puisque dans certains cas, celles-ci n'incluent pas l'ensemble des activités d'un service.

6.2.1 Direction de la qualité, des services ambulatoires et de 1re ligne

Cette direction dispense principalement des activités de protection, de promotion et de prévention de la santé, des services sociaux généraux en établissement et dans les groupes de médecine familiale (GMF), des services psychologiques, des services en soins spirituels, religieux et des activités cliniques ambulatoires. Elle est également responsable du Service régional Info-Santé et Info-Social Saguenay–Lac-Saint-Jean ainsi que du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP). De plus, par la responsabilité dévolue par la loi, elle assure le suivi de l'ensemble des activités d'expertise, en matière de gestion des risques, de la qualité et des actifs informationnels de l'établissement.

Gestion des risques et de la qualité

Ce programme vise à assurer la sécurité des usagers ainsi que la qualité des soins offerts dans l'ensemble du CSSS. Pour ce faire, il couvre plusieurs volets dont : la prévention des infections, les rapports d'accidents et incidents, la sécurité des actifs informationnel et l'amélioration continue de la qualité et l'Agrément.

Principales réalisations

Agrément

Les équipes qualité ont maintenu leurs rencontres afin de poursuivre l'amélioration continue de la qualité des soins et services. Les différents secteurs de normes ont complété les autoévaluations et ont mis à jour leurs plans d'amélioration de la qualité dans leur programme respectif. Le sondage de sécurité des patients a également été complété par 299 répondants.

Sécurité des soins et services

- **Élaboration et diffusion d'un rapport trimestriel sur la gestion des risques et de la qualité.**
- **Déploiement de la saisie électronique du *formulaire de déclarations des incidents et accidents* (AH-223), dans l'ensemble du CSSS par le déclarant lui-même (formation du personnel clinique).**

Sécurité des actifs informationnels

- **46 demandes d'autorisations traitées (jetons et décloisonnement);**
- **Déploiement du dossier santé Québec (DSQ) avec l'élaboration d'une procédure et la mise en place d'un registre pour faciliter les départs et les transferts (67).**

Prévention des infections

Ce service est responsable d'appliquer le programme de prévention des infections de façon quotidienne. Le service intervient en fonction de son champ d'expertise auprès de tous les secteurs d'activités de l'ensemble du CSSS, auprès de tous les titres d'emplois ainsi qu'à tous les niveaux hiérarchiques afin d'émettre des recommandations pour assurer la sécurité des usagers et éviter la transmission des infections nosocomiales.

Principales réalisations

- **Gestion de 17 éclosions pour le CSSS;**
- **Élaboration de capsules Info-Noso adressées aux médecins et à tout le personnel concernant les problématiques locales ou en émergence;**
- **Formation et mise en place des procédures de protection pour la maladie à virus Ébola;**
- **Soutien pour plusieurs dossiers de retraitement des dispositifs médicaux.**

Programmes santé publique et santé au travail

Le Programme santé publique couvre les activités de protection, de promotion et de prévention de la santé. Il regroupe les services santé sexuelle, intervention communautaire, maladies infectieuses, vaccination, centre d'arrêt tabagique et le programme 0-5-30. En ce qui a trait au Service santé au travail, l'équipe a pour mandat de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies reliées au travail.

Principales réalisations

Vaccination

- **Campagne vaccinale ciblée et gratuite contre le méningocoque de sérogroupe B chez les jeunes de 2 mois à 20 ans;**
- **Logiciel de prise de rendez-vous disponible par Internet pour les vaccins contre le méningocoque et l'Influenza.**

Intervention communautaire

- **Lancement de la trousse de référence : *Collaborer pour le mieux-être*;**
- **Déploiement de popotes roulantes dans deux municipalités du Secteur Sud en collaboration avec nos partenaires.**

Santé au travail

- **Taux de couverture pour les établissements desservis avec un programme de santé spécifique de 40 % pour ceux avec 20 travailleurs et moins et de 85 % pour les établissements avec plus de 20 travailleurs.**

Santé publique et santé préventive	Usagers différents		Interventions		Demandes de services	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Santé sexuelle – soins infirmiers *	904	807	1 691	1 494	117	101
Santé sexuelle – services médicaux	275	289	322	370	---	---
Santé sexuelle – services psychosociaux	81	68	103	84	---	---
Activités communautaires	57	69	886	1 074	---	---
Immunisation – maladies infectieuses	12 854	12 619	15 834	15 591	79	61
Cessation tabagique	60	50	111	116	---	---

** Comprend également des activités ponctuelles individuelles et de groupes*

Santé au travail *	Usagers différents		Interventions		Demandes de services	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
Programme maternité sans danger	251	264	275	282	121	137
Programme de santé spécifique à l'établissement **	N/A	N/A	33	17	28	9

** Les statistiques de la Santé au travail sont comptabilisées du 1er janvier au 31 décembre annuellement.*

*** Ces services sont offerts aux entreprises et non aux travailleurs de façon individuelle.*

Services alternatifs à l'hospitalisation

Les Services alternatifs à l'hospitalisation regroupent plusieurs programmes, dont la trajectoire des maladies chroniques, la médecine de jour, les services de santé courants, le Centre d'investigation clinique, le Guichet d'accès, l'inhalothérapie et 8 cliniques externes. La plupart des services offrent diverses activités cliniques ambulatoires pour la clientèle, principalement adulte et autonome. Les services en place permettent d'éviter l'hospitalisation et diminuent la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier. Ils améliorent l'accessibilité aux différents services en plus de promouvoir la santé.

Principales réalisations

Trajectoire des maladies chroniques (TMC)

- Révision de l'offre pour la trajectoire des maladies chroniques.

Inhalothérapie

- Ajout d'heures de service pour la clinique de pneumologie.

Centre d'investigation clinique (CIC)

- Application de deux nouvelles ordonnances collectives soit sur l'anémie et la rhumatologie;
- Transfert de deux ordonnances : *Évaluation et orientation pour une nouvelle consultation en psychiatrie : volet trouble alimentaire* vers la santé mentale et *Évaluation pour une nouvelle consultation en pédiatrie concernant le TDAH* vers la pédiatrie de jour pour optimiser les services.

Clinique externe d'oncologie

- Analyse des médicaments dangereux reliés à la chimiothérapie et changements de certaines pratiques.

Cliniques externes et médecine interne

- Déploiement, en collaboration avec l'UGA, d'une offre de service en gériatrie.

Trajectoire des maladies chroniques	Usagers différents		Interventions		Demandes de service	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Asthme	87	73	219	180	41	38
Maladies cardiovasculaires*	188	224	952	1 207	344	429
Diabète	463	493	3 450	3 374	225	245
MPOC	264	251	1 370	1 112	152	145
Insuffisance rénale	43	47	115	164	9	9
Inhalothérapie – Autres a	279	169	890	443	52	---

** Comprend également des activités ponctuelles individuelles et de groupes*

Services alternatifs à l'hospitalisation	Usagers différents		Nombre de visites ou interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Services santé courants	2 385	2 330	9 755	8 863
Médecine de jour : visites	6 029	5 321	---	---
Médecine de jour : hospitalisations	81	166	86	---
Apnée du sommeil	459	387	---	---
Hémato-oncologie : traitements IV	188	207	1 498	1 771
Hémato-oncologie : nouveaux cas *	145	162	---	---
Guichet d'accès : usagers jumelés à un md de famille	1 052	1 134	---	---
Centre d'investigation clinique	265	555	---	---

** Ce n'est pas tous les nouveaux cas avec un diagnostic de cancer qui reçoivent un traitement intraveineux

Cliniques externes	Usagers différents		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Chirurgie mineure	747	688	807	749
Pneumologie	2 095	2 115	3 469	3 819
Ophtalmologie	2 125	2 149	4 734	4 469
Médecine interne	898	644	1 767	1 131
Suivi de patient (follow-up)	784	808	904	924
Infectiologie	38	102	38	222
Orthopédie	5 173	5 359	14 606	15 388

Démarche des grands utilisateurs de soins et de services

La Démarche HIVER et la Démarche AIME sont deux programmes mis en place pour soutenir les grands utilisateurs de soins et de services de santé. La Démarche Hiver s'adresse particulièrement aux usagers atteints de pathologie cardiaque et pulmonaire ayant consulté l'urgence dans la dernière année.

Pour ce qui est de la Démarche AIME, celle-ci s'adresse aux clientèles vulnérables, avec un profil de consommation de nos services d'urgence et d'hospitalisation élevé, présentant plusieurs pathologies chroniques et ayant des besoins particuliers. Les interventions s'articulent autour d'une meilleure coordination de services, d'arrimages avec le réseau local de services et une approche interdisciplinaire en collaboration avec le médecin de famille et les pharmacies communautaires. Les principaux objectifs sont de répondre adéquatement aux besoins de l'usager afin de le maintenir dans son milieu de vie et stabiliser sa condition.

Démarche HIVER

- **Identification d'usagers répondant aux critères pour la cohorte 2014-2015;**
- **Ajout d'une infirmière clinicienne d'octobre à mars assurant une coordination de la démarche et un suivi téléphonique auprès de certains usagers de la cohorte;**
- **Ajout d'une travailleuse sociale 1 journée/semaine à la trajectoire des maladies chroniques pour assurer un suivi psychosocial et la prise en charge de cette clientèle.**

Démarche HIVER *	2014-2015	2013-2014	Variation
Nombre de visites à l'urgence	108	110	↓ 2 %
Nombre d'admissions en centre hospitalier	33	59	↓ 44 %
Nombre de séjours hospitaliers	252 j	509 j	↓ 51 %
Nombre d'interventions en CLSC	440	348	↑ 26 %

* Cohorte de 21 personnes vivant avec une ou plusieurs pathologies chroniques, ayant un profil de clientèle vulnérable.

Démarche AIME

- **Identification de la cohorte 2014-15 selon les critères : 6 visites à l'urgence et plus, 3 hospitalisations et plus, 101 interventions et plus en CLSC;**
- **Formation sur les plans d'intervention PII-PSI aux principaux intervenants du dossier des grands utilisateurs.**
- **Poursuite de la collaboration au projet de recherche: Vulnérabilité en 1re ligne et Soutien à l'Auto-GEStion (V1SAGES).**
- **Impact positif sur la durée de séjour hospitalier et de consultation à l'urgence.**

Cohorte *	2014-2015	2013-2014	Variation
Nombre de visites à l'urgence	385	587	↓ 34 %
Nombre d'admissions en centre hospitalier	103	165	↓ 37 %
Nombre de séjours hospitaliers	1 431 j	2 516 j	↓ 43 %
Nombre d'interventions en CLSC	10 538	11 330	↓ 7 %

* Cohorte de 129 personnes vivant avec une ou plusieurs pathologies chroniques, ayant un profil de clientèle vulnérable. De ce nombre, 9 personnes sont décédées, hébergées ou déménagées en cours d'année.

Programmes services généraux

Le Programme des services généraux rassemble les services de consultations sociales et psychologiques de 1re ligne, des services en soins spirituels et religieux, l'accueil psychosocial (accueil, analyse, orientation et référence) et la garde sociale concernant l'intervention dans le milieu effectuée par des intervenants en heures défavorables et l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. Il dispense également des soins infirmiers et des services psychosociaux dans les groupes de médecine familiale (GMF).

Principales réalisations

Suivi étroit

- Implantation de la trajectoire de services lors d'hospitalisation ou d'hébergement de crise afin d'assurer la prise en charge et le suivi pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Prévention du suicide

- Formation sur *Les bonnes pratiques en prévention du suicide* pour un total de 145 intervenants depuis trois ans.

Intervention psychosociale en contexte de sécurité civile

- Formation de professionnels et directeurs pour intervenir rapidement lors d'événements traumatisants ou à caractère exceptionnel.

Services psychosociaux

- Déploiement des services psychosociaux dans deux cliniques médicales du secteur Sud.

Services sociaux généraux	Usagers différents		Interventions		Demandes de service	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Accueil, analyse, orientation, référence (AAOR)	125	103	190	138	1 398	1 267
Garde sociale	112	104	144	154	---	---
Suivis en CLSC	359	338	1 545	1 343		107
Suivis en GMF	186	233	420	720	104	228

Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Le Service régional Info-Santé et Info-Social offre des consultations téléphoniques 24/7 pour les volets santé et social ainsi que la Télésurveillance pour le maintien de l'autonomie de personnes désirant augmenter leur sécurité à domicile ou en résidence. Le réseautage des services de crise facilite l'arrimage entre les différents partenaires œuvrant en contexte de crise psychosociale et soutient la mise en réseau de ces services. Le CRAIP œuvre à la réalisation de différents mandats provinciaux dont la validation, la diffusion et la mise à jour des Guides d'intervention Info-Social (GIIS), de la formation Info-Social et divers outils cliniques. La nouvelle approche de soins et services à distance Télésoins a pour but d'aider les usagers à mieux comprendre leur maladie et à autogérer leurs symptômes tout en demeurant à domicile.

Principales réalisations

Réseautage des services de crise

- Accompagnement dans l'implantation de l'offre de service du suivi étroit, conformément aux exigences ministérielles des bonnes pratiques en prévention du suicide (RLS Chibougamau-Chapais, Domaine-du-Roy et Lac-Saint-Jean-Est);
- Travaux sur l'élaboration de la formation régionale pour le Suivi étroit en collaboration avec le CPS-02, le CRD-02 et l'équipe régionale en santé mentale.

Télésurveillance

- Élaboration de nouveaux dépliants et de nouvelles affiches;
- Déploiement du service de Télésurveillance au Nord-du-Québec.

CRAIP

- Déploiement du Programme de formation provincial des services de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) dans tous les services Info-Social du Québec.
- Mandat de collaboration avec le SHERPA au développement d'une formation en mode virtuel concernant l'immigration récente et la diversité culturelle destinée aux intervenants des services Info-Social et Accueil-Analyse-Orientation et Référence (AAOR) à l'échelle provinciale;
- Édition du guide d'intervention Info-Social *Clientèle masculine* en version papier et informatique offert en français et en anglais.

Info-Social

- Présentation et promotion du service à différents partenaires et auprès de la population;
- Mise à niveau de l'équipe de travailleurs sociaux d'Info-Social à l'édition 4 du Programme provincial de formation Info-Social.

Info-Santé

- Info-Santé fête ses 20 ans. Pour souligner l'événement, un article est publié dans la presse écrite, une rencontre entre la direction et le personnel a eu lieu et la distribution d'un objet promotionnel aux employés et partenaires est faite.

Télésoins

- Appel d'offres conjointes des 4 RUIS (Sherbrooke, McGill, Montréal, Laval) pour l'acquisition de la technologie pour ce service;
- Début des travaux pour l'élaboration de l'offre de service régionale pour le service Télésoins à domicile.

Statistiques du Service régional Info-Santé, Info-Social et Télésurveillance

Info-Social	2014-2015	2013-2014
Appels répondus	26 146	22 462
Interventions complémentaires	9 566	9 149
Clientèle enregistrée	1 052	1 239
Niveau de service	88 %	88 %
Délai moyen d'attente	1,26 min	1,20 min
Durée moyenne d'intervention	30,26 min	30,35 min
Info-Santé		
Appels répondus	100 354	99 829
Clientèle enregistrée	2 927	2 563
Niveau de service	85 %	86 %
Délai moyen d'attente	3,03 min	2,35 min
Durée moyenne d'intervention	13,00	13,00 min
Télésurveillance		
Clientèle inscrite	1 481	1 381
Alarmes	26 639	25 526

6.2.2 Direction des réseaux de services santé mentale et famille–enfance–jeunesse

La Direction des réseaux de services santé mentale et famille-enfance-jeunesse comprend 3 groupes de services : la Santé maternelle et infantile, le Réseau de services famille-enfance-jeunesse et santé mentale jeunes et le Réseau de services de santé mentale adultes. Elle inclut donc 3 unités de soins de courte durée de l'hôpital soit la périnatalité, la pédiatrie et la psychiatrie, de même que tous les services dans la communauté aux familles, aux enfants et aux adolescents, ainsi que les services de santé mentale aux jeunes et aux adultes.

La notion de réseau de services fait référence à la nécessité de coordonner les services par des collaborations ou des partenariats avec les autres organismes du milieu qui offrent des services aux mêmes usagers que nous. C'est par l'animation de tables de concertation et de comités intersectoriels que nous réussissons, avec nos partenaires, à améliorer et à développer l'offre de service locale.

Nos services

Programme santé maternelle et infantile

Le Programme SMI regroupe les unités de périnatalité (incluant l'unité de néonatalogie) et celle de pédiatrie. Notre centre mère-enfant offre 7 chambres de naissance. En plus d'assurer des soins de qualité et sécuritaires grâce à l'Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux AMPRO^{OB}, tout le personnel se préoccupe de soutenir les mères dans leur désir d'allaiter alors que la direction poursuit l'objectif de devenir un établissement *Amis des bébés*. Quant à notre unité de pédiatrie, elle prodigue des soins aux enfants hospitalisés et possède aussi une chambre d'isolement à pression négative. Les 2 unités de soins admettent aussi des usagers qui requièrent des soins de médecine selon certains critères d'admission. Les 2 services offrent aussi de nombreuses activités en externe dont :

Périnatalité

- Services externes d'obstétrique;
- Clinique externe de gynécologie incluant les grossesses à risque élevé (GARE);
- Dépistage prénatal du syndrome de Down;
- Dépistage auditif du nourrisson (2^{e} dépistage).

Pédiatrie

- Service de pédiatrie de jour;
- Clinique externe de pédiatrie;
- Clinique d'allergies.

Périnatalité (unité de soins)	2014-2015	2013-2014
Nombre de jours/présence	4 305	4 778
Taux d'occupation/lits périnatalité (15lits)	78,63	87,27
Nombre d'accouchements	519	529
Nombre de naissances	670	676
Nombre de césariennes	143	141
Néonatalogie (unité de soins)		
Nombre de jours présence à la pouponnière	1 580	1 772
Nombre de jours présence en néonatalogie	308	413
Nombre de bébés prématurés	29	42
Nombre de bébés de petits poids (moins de 2 500 gr.)	26	34
Gynécologie-obstétrique (activités externes)		
Nombre de visites à la clinique externe de gynécologie	6 586	4 585
Nombre d'échographies	2 077	2 480
Nombre d'activités obstétricales (TRF, PEL)	3 231	2 312
Nombre de dépistages prénataux du Syndrome de Down	362	488
Nombre de dépistages externes de la surdité du nourrisson (2^{e})	94	115

Initiative Amis des bébés	2014-2015	2013-2014
Désir d'allaiter à l'arrivée	77 %	74 %
Taux d'allaitement au départ	65 %	63 %
Pédiatrie (unité de soins)		
Nombre de jours/présence	3 224	3 281
Taux d'occupation – pédiatrie (11 lits)	79,52	81,71
Taux d'occupation – (pédiatrie –médecine (18 lits)	48,6	49,94
Pédiatrie (activités externes)		
Nombre de visites à la clinique externe de pédiatrie	4 848	3 467
Nombre de visites en pédiatrie de jour	1 010	2 261
Nombre de visites à la clinique d'allergies	130	190

Principales réalisations

- **Programme AMPRO[OB] : continuité des activités;**
- **Réanimation néonatale : mise à jour des techniques;**
- **Octroi d'Opération Enfant Soleil de 29 380 $: acquisition d'une table irradiante Giraffe[MC];**
- **Offre de service pour le diabète juvénile : installation d'une pompe à insuline;**
- **Transfert des activités de préconsultation du Centre d'Investigation Clinique (CIC) pour la clientèle TDAH vers la clinique externe de psychiatrie.**

Le Réseau de services famille-enfance-jeunesse et santé mentale jeunes

Le Réseau de services famille-enfance-jeunesse et santé mentale jeunes comprend des services universels, qui sont offerts à toute la population du territoire sans restriction. Par le biais de son programme jeunes en difficulté, des services plus intenses et fréquents sont offerts aux familles, aux enfants et aux adolescents lorsque les services réguliers ne peuvent apporter des solutions satisfaisantes et durables.

Les services universels

- **Services externes de périnatalité incluant l'enseignement prénatal et l'offre de tests de dépistage pour 4 maladies génétiques récessives régionales;**
- **Cliniques de dépistage des retards de développement (18 mois et 3 ans);**
- **Services sociaux scolaires et aux familles;**
- **Programme de prévention de la santé dentaire;**
- **Service de santé dans les écoles;**
- **Dépistage et intervention en orthophonie (0–5 ans).**

Les services jeunes en difficulté

- **Service intégré de périnatalité et petite enfance (SIPPE) de la grossesse à 5 ans;**
- **Programme de prévention de la négligence parentale – Effet papillon;**
- **Services psychosociaux – service de référence personnalisée du Centre jeunesse;**
- **Service d'intervention de 1re ligne en dépendance;**
- **Suivi intensif et de crise;**
- **Santé mentale jeunes – guichet d'accès et services de 1re ligne.**

Famille–enfance–jeunesse**	Usagers différents		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Périnatalité – (incluant soins infirmiers, auxiliaires familiales, nutrition, maladies génétiques et SIPPE)	1 511	1 529	3 632	3 847
SIPPE	129	135	1 444	1 610
Cours prénataux (groupe)	22	22	98	106
Tests dépistage de 4 maladies génétiques	354	432	432	494
Orthophonie (0-5 ans)	152	91	515	290

Famille–enfance–jeunesse**	Usagers différents		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Services psychosociaux – Jeunes	875	872	4 679	4 656
Santé mentale jeunes	171	162	1 518	1 367
Suivi intensif de crise	62	80	652	886
Effet papillon (groupe mères seulement)	4	4	58	70
Scolaire – soins infirmiers	249	319	547	1 133
Santé dentaire – soins préventifs	469	453	828	790
Services médicaux – dépendance	20	14	146	95

** Certaines activités ont également des activités ponctuelles individuelles et de groupe

Principales réalisations

- Équipe d'intervention jeunesse (EIJ) : formation sur la démarche PSII et accompagnement des partenaires;
- Programme de prévention de la négligence parentale Effet papillon (2e groupe, volet 6–12 ans) en partenariat avec la Maison des familles et reconduction de l'activité *La nuitée des familles*;
- Avenir d'enfants (An 3) – Initiatives pour les 0–5 ans et leurs familles et processus d'écosystémie avec l'ensemble des partenaires du regroupement;
- Programme « CONCERTO – Accueil du nouveau-né » poursuite de l'implantation locale en collaboration avec le Centre jeunesse et l'équipe SMI;
- Analyse des services du programme SIPPE et début du processus d'optimisation clinique;
- Poursuite de la collaboration avec la commission scolaire pour les classes de psychopathologie (niveaux primaire et secondaire);
- Campagnes de vaccination méningocoque et rougeole dans les écoles.

Collaborations SMI et FEJ-JED

- Initiative Amis des bébés (an 3) : formation des professionnels et comité local;
- Service de sages femmes du CSSS de Chicoutimi : travaux pour une entente de collaboration;
- Services suite à un diagnostic de TDAH : structuration de l'offre de service locale.

Santé mentale adultes

- Le Service de santé mentale adultes regroupe l'Unité d'hospitalisation de soins aigus de psychiatrie, la Clinique externe de psychiatrie et les services dans la communauté d'évaluation, de santé mentale de base, le Soutien d'intensité variable et le Suivi intensif. Tous ces services sont offerts en individuel ou par des équipes de travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, psychoéducatrices et éducatrices spécialisées. Le programme inclut aussi le suivi et la réadaptation des personnes hébergées en ressource de type familial (16 places), à la ressource intermédiaire Domaine Lajoie (14 places), en résidence avec ressource d'assistance continue RRAC (6 places) et finalement au Groupe Le P.A.S., lits de crise, dépannage et transition (8 places).

Psychiatrie (unité de soins)	2014-2015	2013-2014
Nombre de jours/présence	3 245	4 252
Taux d'occupation lits dressés (16 lits)	56 %	73 %
Santé mentale (activités externes)		
Nombre de visites à la clinique externe de psychiatrie	2 303	2 245
Nombre d'usagers différents (adultes) – CLSC	653	646
Nombre d'interventions (soins infirmiers, services psychosociaux, réadaptation et aide à domicile) – CLSC	10 215	10 525

Principales réalisations

- Services de soutien clinique aux partenaires (professionnel répondant) signature de 9 protocoles de collaboration;
- Offre de service de la ressource d'assistance continue RRAC : volet réadaptation;
- Démarrage d'une troisième cohorte du groupe psychoéducatif pour les personnes ayant des traits ou un trouble de la personnalité;
- Déploiement et implantation du Guichet d'accès en santé mentale adultes : suivi bref, auto gestion de la dépression;
- Déploiement du suivi étroit au sein des équipes de 1re ligne;
- Signature du protocole de psychiatre répondant;
- Transfert des activités de préconsultation du Centre d'Investigation Clinique (CIC) pour la clientèle santé mentale adultes vers la clinique externe de psychiatrie.

6.2.3 Direction des soins infirmiers, services multidisciplinaires, programmes SAPA et déficience

La DSISM-SAPA-D a la responsabilité de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins. De par son rôle au niveau des soins infirmiers et selon la responsabilité qui lui est dévolue par la Loi, elle s'assure du développement et du maintien des compétences des équipes de soins. La philosophie de soins *Le Caring* guide les actions et les décisions en ce sens. Elle comprend également la gestion administrative de différents services : le Soutien à domicile et milieu de vie, les centres d'hébergement, les Services diététiques ainsi que la Performance clinico-administrative de l'établissement.

Principales réalisations

- Présentation des résultats du continuum SAPA au MSSS et à cinq régions administratives;
- Formations diverses : Hemlich-DVR en CHSLD et harmonisation du rôle de l'ASI/AIC;
- Implantation du guide de soins pour les PAB en CHSLD;
- Dossier d'optimisation : fournitures médicales, orientation du personnel, analyse des rôles cliniques attribués au personnel de soins pour une utilisation judicieuse des ressources;
- Collaboration avec les ressources humaines et les gestionnaires pour le traitement des dossiers administratifs (déontologie, compétence et confidentialité);
- Amélioration de la pratique clinique en courte durée pour la clientèle présentant une problématique de dysphagie;
- Mise à jour de l'encadrement des activités autorisées aux non-professionnels.

Programme de soutien à domicile

Le Programme de soutien à domicile (soins infirmiers, psychosociaux et nutritionnels, service de réadaptation, prévention des chutes, soins palliatifs et centre de jour) vise à améliorer et à maintenir l'autonomie de la clientèle afin qu'elle puisse demeurer dans son milieu de vie naturel, et ce, le plus longtemps possible.

Principales réalisations

- Participation de l'équipe du CLSC secteur Nord à un projet de recherche de l'Université Laval sur la prise de décision lors d'un changement de milieu de vie;
- Mise en place de l'offre de service d'une intervenante pivot pour les clients âgés, victimes d'abus et maltraitance;
- Mise en place d'un centre de jour itinérant sur l'ensemble du territoire.

Soutien à domicile	Usagers différents		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Aide à domicile	843	763	31 475	28 659
Nutrition à domicile	299	303	1 394	1 392
Soins infirmiers à domicile	2 315	2 455	26 757	29 568
Services psychosociaux à domicile	1 441	1 296	7 800	6 623

Service de réadaptation – volet 1re ligne

Ce programme vise à améliorer et maintenir l'autonomie fonctionnelle de la clientèle. L'équipe de réadaptation du SAD compte des ergothérapeutes, une orthophoniste, des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Les interventions préventives, d'adaptation et de réadaptation sont individuelles ou en groupes et réalisées dans la communauté, à domicile ou en centre de jour.

Principales réalisations

- Diminution des délais de prise en charge en réadaptation;
- Recrutement de deux nouveaux physiothérapeutes dans l'équipe.

Réadaptation – volet 1re ligne	Usagers/groupes différents		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Ergothérapie à domicile	419	328	2 392	1 975
Physiothérapie à domicile	667	576	4 401	3 911
IMP – Prévention des chutes	152	122	388	299
Prévention des chutes – PIEDS *	9	7	162	130

* Interventions de groupe

Centres d'hébergement et de soins de longue durée

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance, de réadaptation, ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes hébergés en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle.

Principales réalisations

- Déploiement du programme d'accueil pour les nouveaux employés au CHSLD de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix;
- Réorganisation du travail;
- Stabilisation des équipes de travail;
- Formation Agir;
- Mise en œuvre des plans d'amélioration suite à la visite du MSSS dans les 3 centres d'hébergement;
- Personnalisation des chambres au centre d'hébergement Le normandie en intégrant des cadres numériques personnalisés aux résidents dans chaque chambre (projet novateur);
- Agrandissement et rénovation au centre d'hébergement Le normandie :
  - Ajout de 22 chambres;
  - Ajout d'une salle à dîner;
  - Amélioration de l'ameublement dans les salles communes.

Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix

En début d'année, le Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix disposait de 147 lits dont 135 dédiés aux personnes en perte d'autonomie présentant des troubles de comportement ou des problèmes cognitifs. Au cours de l'année, une réorganisation a eu lieu pour diminuer à 115 lits disponibles.

Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	2014-2015	2013-2014
Admissions en hébergement permanent	82	94
Admissions en hébergement temporaire	61	37
Transferts vers d'autres installations	46	30
Décès	52	60

Centre d'hébergement Isidore-Gauthier

Le Centre d'hébergement Isidore-Gauthier dispense des soins et services de longue durée à 32 résidents. Un lit d'hébergement temporaire est également disponible.

Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	2014-2015	2013-2014
Admissions en hébergement permanent	22	20
Admissions en hébergement temporaire	25	30
Transferts vers d'autres installations	1	1
Décès	20	17

Centre d'hébergement Le normandie

Le centre d'hébergement Le normandie accueille 57 résidents en soins de longue durée ainsi que 12 résidents présentant des problèmes de comportements au sein d'une unité protégée permettant d'obtenir une réponse adaptée à leurs besoins, en fonction des impacts inhérents à la maladie.

Centre d'hébergement Le normandie	2014-2015	2013-2014
Admissions en hébergement permanent	46	19
Admissions en hébergement temporaire	7	14
Transferts vers d'autres installations	3	2
Décès	22	13

Services de diététique et de nutrition clinique

Le Service de diététique a comme mission d'assurer une alimentation saine et équilibrée à sa clientèle, en plus d'un traitement nutritionnel optimal selon les normes et principes de nutrition. Dans le cadre de cette mission, le Service de nutrition clinique offre des services à la clientèle en courte et en longue durée, ainsi que dans les différents programmes de 1re ligne dont le CLSC et les GMF.

Principales réalisations

- Poursuite de l'implantation du projet d'optimisation des services de diététique : actualisation du plan de main-d'œuvre prévu au projet, rénovations majeures de la cuisine au CH de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix, mise en place du nouveau mode de distribution de repas aux 3 centres d'hébergement;
- Déploiement d'outils visant la sécurité alimentaire aux repas des résidents en centres d'hébergement;
- Offre de cours de cuisine santé à la clientèle du programme de la Trajectoire des maladies chroniques, dans le cadre des projets innovants.

Service de nutrition clinique	Usagers hospitalisés		Usagers en clinique externe	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Hôpital d'Alma	429	478	175	178
CH Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	76	68	---	---
CH Le normandie	26	14	---	---
CH Isidore-Gauthier	32	19	---	---

Service de nutrition de 1re ligne	Usagers différents		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Nutrition à domicile	299	303	1 394	1 392
Périnatalité (incluant SIPPE nutrition)	119	109	389	427
Trajectoire des maladies chroniques	449	488	743	801
Nutrition en GMF *	84	68	122	117

* *Les données statistiques des intervenants en GMF ont cessé d'être saisies dans Sic-Plus à la période 7.*

Autres indicateurs	2014-2015	2013-2014
Total repas servis	452 590	482 054
Total heures travaillées (excluant heures nutrition cliniques liées aux programmes)	83 284	89 915
Coût des repas	8,51 $	8,11 $
Ventes de services	253 891	301 447 $
Total heures travaillées nutrition clinique liées aux programmes *	7 610	6 993

* *Les données statistiques des intervenants en GMF ont cessé d'être saisies dans Sic-Plus à la période 7.*

Conseillère multidisciplinaire

Elle veille à uniformiser les pratiques professionnelles, tout en offrant un soutien à l'ensemble des services cliniques psychosociaux, de réadaptation et de santé physique.

Principales réalisations

- **Poursuite du déploiement de la grille d'évaluation de la charge de cas et de travail;**
- **Recensement des différentes périodes d'orientation;**
- **Collaboration au développement d'une culture de travail en interdisciplinarité.**

6.2.4 Direction de la santé physique et des communications

Nos services de santé physique s'adressent majoritairement à la population adulte requérant des services diagnostiques, médicaux de courte durée ou chirurgicaux.

L'urgence et nos services diagnostiques sont à caractère universel et s'adressent à toute la population. Le mandat de la direction consiste à :

- **Couvrir le continuum de soins et services, de la prévention et promotion, en passant par le dépistage, l'investigation, les traitements, le soutien et les soins palliatifs de fin de vie;**
- **Assurer une réponse à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversibles;**
- **Instaurer des réseaux de services intégrés pour assurer la continuité des soins et services;**
- **Offrir des examens diagnostiques pour les usagers hospitalisés et ambulatoires.**

De plus, l'embauche d'une agente d'information en juillet 2013 permet de donner davantage d'accompagnement et de soutien en stratégies de communication à nos équipes. En collaboration avec les gestionnaires, elle réalise des outils et des activités aptes à favoriser la circulation de l'information et à susciter les communications tant internes qu'externes, au sein de l'organisme.

Nos services

Service de chirurgie, bloc opératoire et chirurgie d'un jour

Le Programme de chirurgie comprend le Département du bloc opératoire, la Chirurgie d'un jour, la Clinique préopératoire, l'Unité d'endoscopie, le Département de chirurgie et l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (stérilisation).

Bloc opératoire

- Travaux de modernisation des lieux au bloc opératoire phase 2 planification;
- Poursuite de la révision des processus de travail au bloc opératoire et en chirurgie d'un jour;
- Poursuite de la révision des processus à la clinique préopératoire.

Chirurgie

- Amélioration du suivi systématique pour les prothèses totales du genou et de la hanche objectif sur 3 jours;
- Déploiement de la philosophie ERAS (Enhance Recovery After Surgery) pour les chirurgies colorectales.

Retraitement des dispositifs médicaux

- Informatisation des procédures;
- Élaboration des plans de rénovation pour la mise aux normes de l'utilité souillée.

Chirurgie	2014-2015	2013-2014
Durée moyenne de séjour P.T.G. P.T.H.	3,8	5
Bloc opératoire et chirurgie 1 jour		
Nombre de chirurgies P.T.G. P.T.H.	361	332
Chirurgies avec hospitalisation	963	1 098
Chirurgies 1 jour	1 142	1 218
Chirurgies cataracte	1 193	1 218
Endoscopies	3 085	3 005
Unité de retraitement des dispositifs médicaux		
Plateaux	9 481	9 338
Contenants rigides	7 685	7 896
Paquets	26 918	29 205
Pochettes papier	40 263	42 144
Stérilisation des dispositifs médicaux endoscopie	3 085	3 005

Service de laboratoires

Le Département de biologie médicale offre, 24 heures par jour, des analyses de routine et spécialisées dans les différentes disciplines de la biologie médicale : biochimie, hématologie, immuno-hématologie, microbiologie et pathologie. Un éventail d'analyses diversifiées en accord avec les directives ministérielles de hiérarchisation des analyses sont disponibles. Plusieurs activités sont réalisées : le prélèvement, l'analyse, la gestion de la banque de sang et autres.

Principales réalisations

- Participation aux travaux d'optimisation des services de laboratoires à l'échelle provinciale :
  - Évaluation de la pertinence et l'efficience de certaines analyses biomédicales et recommandations;
  - Mise en place d'un formulaire régional de prescription d'analyses.
- Arrimage des résultats d'analyses du laboratoire avec le dossier santé Québec (DSQ);
- Mise en place de la compatibilité électronique lors d'une demande de transfusion sanguine.

Laboratoires de biologie médicale	2014-2015	2013-2014
Unités *	960 561	965 425
Valeurs pondérées **	2 402 625	2 577 932

* L'unité se définit comme une analyse, une manipulation, une préparation, un traitement de substances d'origine humaine conduisant à une thérapie ou à la production de résultats.

** La valeur pondérée se définit comme la valeur relative associée à chacune des procédures. La valeur pondérée est une valeur qui reflète le niveau relatif de ressources nécessaires pour sa réalisation. Le calcul de la valeur pondérée tient compte des manipulations, des contrôles, des calibrations et des répétitions devant être effectués pour la réalisation de la procédure.

Clinique de prélèvements hors hôpital	Usagers rencontrés		Nombre de cliniques	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
L'Ascension	1 751	1 730	155	144
Hébertville	586	537	52	50
Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	2 614	2 544	206	214
Labrecque	619	541	51	48
Sainte-Monique	357	366	37	39

L'électrophysiologie

L'électrophysiologie comprend l'électrocardiographie, le tapis roulant, l'installation de « Holter » et d'appareils de tension ambulatoires. Les électromyogrammes et les électroencéphalogrammes sont réalisés dans un autre CSSS.

Électrophysiologie	2014-2015	2013-2014
Examens réalisés	17763	16 042
Unités techniques	249928	234 945

Service d'imagerie médicale

Le Service d'imagerie médicale comprend la radiologie générale, la scopie, l'échographie, la mammographie incluant la stéréotaxie, la tomodensitométrie (TACO), la résonance magnétique (IRM), ainsi que la gestion du système PACS.

Pour la résonnance magnétique, l'équipe a dû composer avec le départ à la retraite de 2 technologues d'expérience. En conséquence, 3 technologues ont reçu une formation de 3 mois dans cette spécialité pour consolider l'équipe déjà en place et pouvoir poursuivre nos objectifs qui ont été pratiquement atteints (objectif annuel de 7 500 examens).

Du côté de l'échographie cardiaque, la technologue a complété les critères de l'Ordre des technologues en Imagerie médicale du Québec et a obtenu le titre de technologue autonome en Échographie cardiaque.

Nous avons procédé à l'achat de 2 appareils de fluoroscopie mobile pour la salle d'opération, soit le Mini C-Arm pour les extrémités tels que mains, pieds et chevilles et le C-Arm pour un usage général.

Principales réalisations

- Atteinte des objectifs de temps d'attente pour les différents examens, tels que mammographie, TACO, fluoroscopie et IRM;
- Consolidation du projet en échographie cardiaque et du projet de résonance magnétique (IRM)

Imagerie médicale	2014-2015	2013-2014
Radiologie générale (graphie)	45 410	47 594
Échographie	11 804	11 381
Mammographie	4 399	5 333
Tomodensitométrie	10 782	10 953
Résonnance magnétique	7 366	7 484

Urgence et Soins critiques

Le Service d'urgence du CSSS est un centre secondaire désigné en traumatologie. Les services médicaux sont assurés par des omnipraticiens soutenus par des médecins spécialistes. De plus, des corridors de services sont établis avec le CSSS de Chicoutimi et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec pour les cas nécessitant des soins ultraspécialisés.

Le Service d'urgence compte 16 civières d'observation, ainsi que 2 civières de réanimation. Des ententes conclues avec la GMF Clinique réseau permettent la réorientation des cas non urgents vers cette ressource. Le service de thrombolyse des cas d'AVC est entièrement fonctionnel depuis un an. Nous avons *thrombolysé* 11 personnes et utilisé le service de télémédecine à 17 reprises afin de profiter d'une téléconsultation avec un neurologue du RUIS Laval. De plus, La construction de la nouvelle urgence va bon train et c'est au début de 2016 que nous profiterons de nos nouvelles installations.

Le CSSS dispose également d'une unité de soins intensifs de 6 lits.

Une procédure de guichet unique avec le RUIS Laval pour les transferts vers des centres ultraspécialisés est en place et facilite l'accès à un intensiviste pour une prise en charge rapide des cas complexes.

Urgence	2014-2015	2013-2014
Inscriptions	27 237	26 440
Usagers sur civière	7 588	7 573
Usagers de 64 à 75 ans	3 304	3 030
Usagers 75 ans et +	3 611	3 178
Soins intensifs		
Adm. et transf. d'une autre unité de soins	543	629
Taux d'occupation %	53,79 %	58,95 %
Jours/présence	1 208	1 291

Département de pharmacie

Le Département de pharmacie veille à ce que des soins et services pharmaceutiques efficaces, sécuritaires et de qualité soient prodigués aux usagers de notre CSSS.

Principales réalisations

- Cartographie du secteur de la distribution des médicaments (Saisie-automation-commun, BCM et SCAS);
- Gestion des communs dans le système Gespharx avec date de péremption et numéro de lot;
- Pilote pour la plateforme QUESS et par la suite, achat du programme QUESS pour la gestion complète des préparations stériles (formation en ligne, certification des ATP et du personnel d'hygiène et salubrité, etc);
- Mise en place des pompes Medfusion et Cadd Solis en chirurgie, salle d'opération, soins intensifs et périnatalité;
- Mise en place de la téléthrombolyse (ordonnance pré-imprimée et procédure nursing);
- Élaboration de l'ordonnance collective pour les pansements en collaboration avec les soins infirmiers et les médecins.

Département de pharmacie	2014-2015	2013-2014
Ordonnances	183 732	185 857
DUAIC doses	160 712	158 520
BCM effectués	6 645	3 661
Pharmacocinétique (usagers)	271	271
Hyperalimentation (usagers)	18	13
Thrombophlébite profonde (usagers)	30	39
Oncologie (usagers)	203	238
Soins de longue durée (révision dossiers)	249	139
Enseignement (étudiants)	6	5

Programmes de médecine, unité de gériatrie active (UGA) et réadaptation

L'Unité de médecine dispose de 36 lits de médecine de courte durée et est l'unité dédiée pour les conditions dont un isolement est requis. L'UGA dispose pour sa part, de 9 lits de gériatrie active et offre à la clientèle les services d'une équipe interdisciplinaire.

Principales réalisations

- Déploiement du programme de dépistage en dysphagie pour la clientèle de Médecine et gériatrie active;
- Mise à jour du plan de soin pour la clientèle Médecine;
- Élaboration du feuillet : Objectifs–Clients à l'UGA et de l'outil de description d'autonomie aux transferts;
- Élaboration du projet d'analyse des épisodes de soins pour la clientèle Médecine;
- Formation de l'ensemble des AIC du service pour uniformisation du rôle et des responsabilités.

	Médecine		Gériatrie	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Admissions	840	799	8	5
Admissions (transferts d'unité)	288	366	124	117
Taux occupation	88,05 %	92,51 %	83,81 %	88,13 %
Durée moyenne de séjour (DMS)	10,6	10,9	21,4 %	25

Services de réadaptation

Dans le cadre de sa mission, le Service de réadaptation offre des services généraux et spécialisés en audiologie, ergothérapie, orthophonie et physiothérapie à la clientèle hospitalisée en courte durée et en clinique externe. Il offre également des services de réadaptation en longue durée.

- Évaluation et élaboration du plan de traitement;
- Dépistage;
- Application des traitements;
- Suivi et contrôle de l'évolution des cas;
- Recommandations d'aides techniques, d'appareillages divers;
- Approche interdisciplinaire.

Principales réalisations

- Physiothérapie : Révision du programme SAPA et mise à jour des outils cliniques;
- Ergothérapie et physiothérapie : implantation des outils informatiques comme projet pilote à certains intervenants;
- Physiothérapie en CHSLD : déploiement du programme de marche et de l'évaluation des transferts et déplacements à l'admission
- Orthophonie : Intégration à l'équipe de dysphagie

SERVICES	Courte durée		Longue durée		CSST		Total	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Ergothérapie								
Nombre usagers	756	567	193	162	0	0	949	729
Jours/traitement	1 517	1 089	533	541	0	0	2 050	1 630
Physiothérapie								
Nombre usagers	2 062	1 916	292	309	4	3	2 358	2 228
Jours/traitement	13 292	14 425	3 741	3126	44	16	17 077	17 567
Audiologie *								
Nombre usagers	259	604	—	—	38	46	297	650
Jours/traitement	242	681	—	—	34	18	276	699

* Baisse du nombre d'interventions en raison du départ en congé maternité de l'audiologiste en juillet 2014.

Orthophonie **	Courte durée		CLSC SAD		CLSC externe	
	2013-2014	2013-2014	2013-2014	2013-2014	2013-2014	2013-2014
Usagers différents	81	25	36	16	117	13
Interventions	329	89	144	51	473	25

** Écart par rapport à l'an dernier en raison du début des services en P9 seulement pour 2013-2014

6.2.5 Unité de médecine familiale (UMF)

L'Unité de médecine familiale Alma (UMF), affiliée à l'Université de Sherbrooke, a ouvert ses portes en 2007. Chaque année, en plus d'accueillir jusqu'à 8 médecins-résidents de niveau R1 et 8 médecins-résidents de niveau R2, elle peut accueillir entre 12 et 18 externes. Ces médecins-résidents sont encadrés et supervisés par plus d'une trentaine de médecins-superviseurs spécialistes et omnipraticiens expérimentés.

L'UMF est une unité d'enseignement où sont offerts des services analogues aux services dispensés dans un bureau privé conventionnel, tels que des consultations avec et sans rendez-vous, des consultations en clinique de chirurgie mineure et de pédiatrie, des consultations pour des suivis de grossesse et bien d'autres.

Unité de médecine familiale (UMF)	2014-2015	2013-2014
Nombre de visites	6 239	6 465
Nombre d'usagers	3 093	3 169

6.3 STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

6.3.1 Activités de 1re ligne (CLSC)

Par municipalité	2014-2015		2013-2014	
	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions
Secteur-Centre				
Alma (Delisle inclus)	12 063	85 123	12 058	83 766
Total Secteur-Centre	**12 063**	**85 123**	**12 058**	**83 766**
Secteur-Sud				
Desbiens	438	3 978	429	3 358
Hébertville	797	6 113	757	6 322
Hébertville-Station	662	2 800	657	3 123
Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	1 589	8 837	1 559	8 842
Saint-Bruno	890	5 464	815	4 487
Saint-Gédéon	705	3 594	692	3 212
Total Secteur-Sud	**5 031****	**30 786**	**4 874****	**29 344**
Secteur-Nord				
Labrecque (Saint-Léon)	493	2 323	484	2 878
Lamarche (Notre-Dame-du-Rosaire)	216	1 335	232	1 379
L'Ascension-de-Notre-Seigneur	786	3 640	780	3 744
Saint-Henri-de-Taillon	262	1 143	261	1 085
Saint-Nazaire	803	4 030	688	3 126
Sainte-Monique	282	2 719	303	2 872
Total Secteur-Nord	**2 828 ****	**15 190**	**2 736****	**15 084**
Autres				
Indéfini*	89	1 234	26	272
Hors territoire	745	2 061	772	2204
GRAND TOTAL			**20 237****	**130 670**

* Indéfini correspond aux fiches usagers pour lesquelles aucun code postal n'a été inscrit lors de la création ou modification du dossier.

** Ce total peut ne pas correspondre au total de la colonne « nombre d'usagers », du fait que les usagers peuvent déménager en cours d'année.

SECTION 7 : Rapport d'activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et conformément aux articles 76.10 et 76.11, la commissaire locale transmet au conseil d'administration, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers, de même que le respect de leurs droits.

Sommaire des plaintes, des interventions, des consultations, des assistances et autres fonctions

Le tableau ci-dessous indique une diminution du nombre de dossiers traités par la commissaire aux plaintes comparativement à l'année précédente. Ces diminutions sont plus marquées en ce qui concerne les consultations et les assistances.

Catégories	2014-2015	2013-2014
Plaintes	115	167
Plaintes médicales	15	15
Interventions	14	16
Consultations	10	23
Assistances	7	18
Autres fonctions	78	79

Le tableau du bas indique les principaux motifs de plainte. On note une diminution significative au niveau des droits particuliers (accès au dossier, droit à l'information, confidentialité, consentement, etc.). Également, nous observons une diminution des plaintes pour motif de soins et services dispensés de même qu'au niveau des relations interpersonnelles (communication, attitudes, respect, etc.).

Principaux motifs de plaintes	2014-2015	2013-2014
Accessibilité	19	21
Soins et services dispensés	49	66
Relations interpersonnelles	46	53
Organisation du milieu, ressources matérielles	28	28
Aspect financier	32	32
Droits particuliers	5	14
Total :	**179**	**214**

Le rapport d'activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur le site Internet de l'établissement à l'adresse : www.santealma.qc.ca

SECTION 8 : Rapport de développement durable

Membres du comité

Louis Cousin (CQDD)
Marie-Claude Dion
Nicolas Dufour
Karine Gagnon
Johanne Girard
Bernard Larouche
Kim Larouche
Annie Lavoie
Annie Lessard
Éric Pedneault
Diane Roy
Johanne Simard

Dans une volonté de modifier ses pratiques et améliorer les performances sociales, environnementales et économiques, le CSSS de Lac-Saint-Jean-Est a poursuivi son accompagnement auprès des gestionnaires. Ainsi, le comité de développement durable, soutenu par le Centre québécois de développement durable (CQDD), ont permis, malgré une année de turbulence dans le réseau, la mise en place de plusieurs actions porteuses pour le présent, mais aussi pour les générations futures. Le comité est fier des actions mises de l'avant selon les 3 axes suivantes :

Axe 1 : Implanter un cadre de gestion orienté vers le développement durable

- Élaboration d'indicateurs permettant de mesurer l'impact environnemental, social et économique;
- Sensibilisation du personnel à une utilisation efficiente de l'éclairage des bureaux;
- Participation à la Table régionale en développement durable;
- Publication d'articles dans le journal interne de l'établissement;
- Mise en ligne de chroniques Web pour l'entrainement préparatoire à l'activité La Montée des héros.

Axe 2 : Réaliser des actions et des mesures favorisant le bien-être du personnel et de la population

- Installation de compteurs d'eau dans une optique de réduction de la consommation à l'Hôpital d'Alma et dans nos trois centres d'hébergement. Le raccordement électrique est prévu pour les prochaines semaines;
- Mise en place d'une aire de tri pour les utilisateurs à la cafeteria du CH de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix;
- Achat d'une voiture électrique pour le service de messagerie et installation de bornes de rechargement;
- Évaluation de la possibilité de l'implantation d'une salle multi-activités pour le personnel;
- Récupération des piles dans l'ensemble des installations;
- Participation de plus de 90 personnes du CSSS à l'activité La Montée des héros.

Axe 3 : Prendre en compte les principes de développement durable dans les projets majeurs

- Implantation de la numérisation des archives qui permettra non seulement une économie de papier et d'espace, mais également l'optimisation des ressources.

Le CSSS est conscient et croit fermement à l'importance d'intégrer le développement durable dans ses pratiques, toutefois, le support d'une ressource spécialisée en développement durable se veut un préalable à la réalisation d'actions et les prochains mois seront déterminants dans l'amélioration de notre performance en développement durable.

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT – ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de service sociaux de Lac-Saint-Jean–Est

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean–Est pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean–Est.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la ciruculaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean–Est pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean–Est au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton s.e.n.c.r.l.[1]
Alma
Le 11 juin 2015

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A112223

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Résultats
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2015	2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	**96 334 116**	**3 613 415**	**99 947 531**	99 280 351
Contributions des usagers	**5 190 481**		**5 190 481**	4 506 954
Ventes et services et recouvrements	**1 148 228**		**1 148 228**	1 197 925
Donations		**465 326**	**465 326**	545 267
Revenus de placement	**134 446**	**6 887**	**141 333**	149 623
Revenus de type commercial	**1 086 799**		**1 086 799**	991 855
Autres revenus	**1 465 306**	**6 191**	**1 471 497**	1 887 313
	105 359 376	**4 091 819**	**109 451 195**	108 559 288
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	**77 709 562**		**77 709 562**	75 688 644
Médicaments	**3 661 480**		**3 661 480**	3 965 299
Produits sanguins	**876 496**		**876 496**	869 116
Fournitures médicales et chirurgicales	**4 503 237**		**4 503 237**	4 845 088
Denrées alimentaires	**1 178 052**		**1 178 052**	999 248
Rétributions versées aux ressources non Institutionnelles	**4 132 528**		**4 132 528**	3 245 417
Frais financiers		**1 197 249**	**1 197 249**	1 462 182
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	**812 373**	**119 336**	**931 709**	1 073 926
Créances douteuses	**17 863**		**17 863**	
Loyers	**789 503**		**789 503**	621 504
Amortissement des immobilisations		**3 468 286**	**3 468 286**	3 391 551
Autres charges	**10 682 808**		**10 682 808**	10 930 645
	104 363 902	**4 784 871**	**109 148 773**	187 092 620
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**995 474 $**	**(693 052) $**	**302 422 $**	1 466 668 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Surplus cumulés
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2015	2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
Solde au début	**1 427 787**	**2 606 046**	**4 033 833**	2 567 165
Surplus (déficit) de l'exercice	**995 474**	**(693 052)**	**302 422**	1 466 668
Transfert Interfonds	**(70 000)**	**70 000**		
SOLDE À LA FIN	**2 353 261 $**	**1 982 994 $**	**4 336 255 $**	4 033 833 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Situation financière
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2015	2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	9 619 493	281 590	9 901 083	8 449 701
Débiteurs – Agence et MSSS	3 120 922	382 401	3 503 323	4 348 359
Autres débiteurs	849 254	(86 401)	762 853	989 980
Créances interfonds	(1 539 345)	1 539 345		
Subventions à recevoir – réforme comptable	8 295 067	3 027 669	11 322 736	10 901 476
Frais reportés liés aux dettes		119 629	119 629	121 455
Autres éléments	166 238		166 238	181 395
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	20 511 629	5 264 233	25 775 862	24 992 366
PASSIFS				
Emprunts temporaires		19 150 379	19 150 379	9 596 031
Autres créditeurs et autres charges à payer	8 322 181	736 766	9 058 947	10 183 721
Avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées		2 372 777	2 372 777	2 483 258
Intérêts courus à payer		382 401	382 401	351 193
Revenus reportés	2 159 965	3 272 153	5 432 118	5 635 045
Dettes à long terme		40 360 331	40 360 331	38 107 770
Passif au titre des avantages sociaux futurs	9 332 529		9 332 529	9 144 874
Autres éléments	190 733	535 860	726 593	168 818
TOTAL DES PASSIFS	20 005 408	66 810 667	86 816 075	75 670 710
DETTE NETTE	506 221	(61 546 434)	(61 040 213)	(50 678 344)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		63 529 428	63 529 428	53 154 288
Stocks de fournitures	1 405 957		1 405 957	1 367 016
Frais payés d'avance	441 083		441 083	190 873
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	1 847 040	63 529 428	65 376 468	54 712 177
SURPLUS CUMULÉS	2 353 261 $	1 982 994 $	4 336 255 $	4 033 833 $

Pour le conseil,

Administrateur

Administrateur

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Variation de la dette nette
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2015	2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
DETTE NETTE AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIE	**(130 102)**	**(50 548 242)**	**(50 678 344)**	(47 902 883)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
DETTE NETTE AU DÉBUT REDRESSÉE	**(130 102)**	**(50 548 242)**	**(50 678 344)**	(47 902 883)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**995 474**	**(693 052)**	**302 422**	1 466 668
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		**(13 843 426)**	**(13 843 426)**	(7 554 793)
Amortissements de l'exercice		**3 468 286**	**3 468 286**	3 391 551
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	**—**	**(10 375 140)**	**(10 375 140)**	(4 163 242)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisitions de stocks de fournitures	**(38 941)**		**(38 941)**	(38 538)
Acquisitions de frais payés d'avance	**(250 210)**		**(250 210)**	(40 349)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	**(289 151)**	**—**	**(289 151)**	(78 887)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	**(70 000)**	**70 000**		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA DETTE NETTE	**636 323**	**(10 998 192)**	**(10 361 869)**	(2 775 461)
DETTE NETTE À LA FIN	**506 221 $**	**(61 545 434) $**	**(61 040 213) $**	(50 678 344)

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Résultats du fonds d'exploitation
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Activités principales	Activités accessoires	2015 Total	2014 Total
	$	$	$	$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	**95 732 664**	**789 664**	**96 334 116**	95 145 902
Contributions des usagers	**5 190 481**		**5 190 481**	4 506 954
Ventes et services et recouvrements	**1 148 228**		**1 148 228**	1 197 925
Revenus de placement	**134 446**		**134 446**	146 263
Revenus de type commercial		**1 086 799**	**1 086 799**	991 855
Autres revenus	**967 956**	**390 667**	**1 465 306**	1 787 469
	103 173 775	**2 185 601**	**105 359 376**	103 776 368
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	**76 848 891**	**860 671**	**77 709 562**	75 688 644
Médicaments	**3 661 480**		**3 661 480**	3 965 299
Produits sanguins	**876 496**		**876 496**	869 116
Fournitures médicales et chirurgicales	**4 503 237**		**4 503 237**	4 845 088
Denrées alimentaires	**1 178 052**		**1 178 052**	999 248
Rétributions versées aux ressources non Institutionnelles	**4 132 528**		**4 132 528**	3 245 417
Entretien et réparations	**812 373**		**812 373**	992 174
Créances douteuses	**17 863**		**17 863**	
Loyers	**789 503**		**789 503**	621 504
Autres charges	**10 119 694**	**563 114**	**10 682 808**	10 930 645
	102 940 117	**1 423 785**	**104 363 902**	102 157 135
SURPLUS DE L'EXERCICE	**233 658 $**	**761 816 $**	**995 474 $**	1 619 233 $

ANNEXE 1

Rapport de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma

On peut dire qu'en 2014, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma a pris un virage technologique important et a beaucoup fait parler d'elle. Avec l'embauche d'une coordonnatrice aux événements et aux communications, elle a fait son entrée sur les réseaux sociaux. De plus, l'acquisition d'un progiciel a permis de simplifier la gestion des dons. La Fondation est fière d'avoir terminé son exercice financier avec des revenus totalisant 449 327 $.

En 2014, la Fondation s'est donné comme mandat d'amasser la somme de 240 000 $ afin de permettre l'acquisition d'un nouvel appareil de mammographie. Elle a atteint son objectif et le nouvel appareil sera livré au début de mai 2015. Pour leurs parts, *Les amis d'Émile* ont acquis des équipements pour la pédiatrie pour un montant de 9 014 $.

Nouvelle activité de financement qui fait jaser

Avec sa nouvelle activité de financement « La Montée des héros » la Fondation s'est démarquée en 2014. Cet événement a attiré une nouvelle catégorie de donateurs séduits par le défi qui ont répondu en très grand nombre. Organisée en collaboration avec la municipalité d'Hébertville et du Mont Lac-Vert, La Montée des héros nous a permis d'innover et fut un énorme succès sur toute la ligne.

La Fondation en 2014 c'est aussi...

- Des commanditaires et des bénévoles qui ont permis de faire du Tournoi de golf et de la Montée des héros une réussite, nous permettant d'amasser la somme de 59 558 $ pour le golf et 49 497 $ pour la Montée des héros.
- Des familles qui ont choisi la Fondation pour les Dons In Mémoriam et les bénévoles qui se sont occuper d'amasser les dons totalisant 43 701 $.
- Des employés et des médecins du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est qui ont acheté leur billet de la Loto-Évasion, générant un profit de 44 027 $ pour l'acquisition d'équipements qui permettent de faciliter le travail du personnel.
- Des partenaires comme Ville d'Alma et les municipalités de la MRC de Lac-Saint-Jean–Est qui ont versé leur contribution à la Fondation pour lui permettre de continuer à aider le CSSS de Lac-St-Jean–Est dans l'amélioration des soins de santé à la population.
- Les 3 femmes courageuses qui ont accepté d'être les porte-paroles pour la campagne population et pour l'acquisition du nouvel appareil de mammographie.
- Les enfants, la direction et le personnel de l'École Saint-Antoine de St-Gédéon qui ont organisé la 24e édition d'un marcheton au profit de la Fondation.
- Des entreprises et des organismes qui ont choisi de remettre un don particulier à la Fondation ou qui ont remis les bénéfices d'une activité à la Fondation.
- Des conseils d'établissement, directions d'école, les garderies et les enfants qui ont amassés des dons pour *Les Amis d'Émile* à l'Halloween.
- Les organisateurs d'un Spinomax qui ont remis 50 % des revenus de leur activité pour *Les Amis d'Émile*.
- Des artistes et des partenaires qui ont participés au projet d'Art Thérapie.
- La population qui croit à la mission de la Fondation et qui a remis un don lors de la campagne porte-à-porte.

En terminant, je remercie tous ceux qui ont permis que cette première année à la direction de la Fondation soit plus facile : les membres de notre conseil d'administration qui m'ont fait confiance; la direction et les membres du personnel du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est pour leur aide et leurs précieux conseils; nos inestimables bénévoles avec qui tout est possible; ma coordonnatrice qui a fait sienne la mission de la Fondation et qui lui a donné une nouvelle image; sans oublier nos donateurs, commanditaires et partenaires qui par leur don et leur aide permettent à toute la population de Lac-Saint-Jean–Est de recevoir des soins de qualité dans leur milieu.

Directrice générale de la Fondation HDA

Lise Hamel

ANNEXE 2

Liste des membres des comités de bénévoles du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

Nous tenons à remercier sincèrement les personnes suivantes pour leur dévouement et leur implication au sein de notre établissement :

Aline Couillard
Aline Fortin
Aline Gagné
André Tremblay
Andrée Gagnon
Berchmans Buteau
Brigitte Lemay
Carole Lavoie
Céline Bolduc
Céline Duchesne
Céline Larouche
Céline Martel
Charlotte Tremblay
Christian Tremblay
Claire Plourde
Claude Gagnon
Claudette Côté
Claudette Marchand
Clémence Gobeil
Colette Lepage
Colette Loiselle
Danielle Rouleau
Danielle Thibeault
Denise Beaumont
Denise Bélanger
Denise Savard
Denise Tremblay
Dorys Lesage
Edmond-Louis Bergeron
Éric Maltais
Estelle Mathieu
Fernand Larouche
Fernand Lavoie
Fleurette Jean
Francine Leclerc
Francine T-Gaudreault
François Turbide
Gabriel Tremblay
Gaston Boily
Georgette Laforest
Géraldyne Fortin
Gérard Tremblay
Gertrude Gaudreault
Ghislain Doré
Gilles Tremblay
Gisèle Collard
Gisèle Fortin
Gisèle Hamel
Gilles Jean
Gilles Tremblay
Ginette Boivin
Ginette Gauthier
Graciette Tremblay
Huguette Duchesne
Huguette Laroche
Huguette Larouche
Huguette St-Pierre
Jacques Gagnon
Jean-Pierre Verreault
Jocelyne Girard
Josée Lemay
Judith Tremblay
Juliette Néron
Katia Dotto
Laurier Paradis
Léonce Tremblay
Lise Martel
Lisette Gaudreault
Lisette Tremblay
Louise Bouchard
Louise Gaboury
Louise Guérin
Louise Morin
Lucie Côté
Lucie Villeneuve
Lucienne Larouche
Lucille Tremblay
Martin Allard
Martin Tremblay
Michel Tremblay
Micheline Bolduc
Monique Martel
Noël Girard
Norma Collard
Normande Savard
Odette Allard
Odette Girard
Olivette Bolduc
Pauline Jean
Pauline Lapointe
Pierre Boudreau
Pierre Tremblay
Pierrette Morin
Rachel Tremblay
Raymonde Bergeron
Régine Bouchard
Rémi Gaudreault
Rémi Néron
Renée Girard
Robert Ferland
Robert Lachance
Robertine Gaudreault
Roch Harvey
Roland Minier
Rose-Ange Gilbert
Ruth Tremblay
Solange Gauthier
Suzanne Carrière
Suzanne Desbiens
Suzanne Lepagne
Sylvain Guérin
Thérèse Croft
Yolande Couture
Yvon Girard

ANNEXE 3

Liste des membres actifs du CMDP

Département d'anesthésiologie	
D^re Nadine Bouchard	*Anesthésie*
D^r François Moreau-Bussière	*Anesthésie*
D^r Pierre Potvin	*Anesthésie*
D^r Christian Ricard	*Anesthésie*

Département de biologie médicale	
D^re Carole Caron	*Anatomopathologie*

Département de chirurgie	
D^re Marie-Claude Gagnon	*Chirurgie générale*
D^r Yves Harnois	*Chirurgie générale*
D^r Carl Pettersen	*Chirurgie générale*
D^r Rénald Poulin	*Chirurgie générale*
D^r Marc Carrière	*Ophtalmologie*
D^r Simon Cantin	*Orthopédie*
D^r Jean-François Gimaël	*Orthopédie*
D^r Guy Harvey	*Orthopédie*
D^r Benoit Laprise	*Orthopédie*
D^r Marc-André Tremblay	*Orthopédie*
D^r Jean Robert	*Urologie*

Département d'imagerie médicale	
D^re Joanne Caya	*Radiologie*
D^re Marie Gagné	*Radiologie*
D^r Claude Pineault	*Radiologie*

Département de médecine	
D^r Gilbert Savard	*Cardiologie*
D^r François Bouchard	*Dermatologie*
D^r François Couture-Villeneuve	*Médecine-interne*
D^re Jill Tremblay	*Médecine interne*
D^re Stéphanie Tremblay	*Médecine interne*
D^r Michel P. Gagnon	*Pneumologie*

Département de médecine générale	
D^r Pierre Bergeron	*Omnipratique*
D^re Marie-Pier Béchamp-Théberge	*Omnipratique*
D^re Claude Bouchard	*Omnipratique*
D^r Myriam Bouchard	*Omnipratique*
D^re Odette Bouffard	*Omnipratique*
D^r Marc-Alain Bussière	*Omnipratique*
D^r Robert Charron	*Omnipratique*
D^r Robin Côté	*Omnipratique*
D^re Francine Déry	*Omnipratique*
D^r Claude Duchaine	*Omnipratique*
D^re Renée du Tremblay	*Omnipratique*
D^r Réjean Fleury	*Omnipratique*
D^re Anne-Marie Foltz	*Omnipratique*
D^r Luc Fortin	*Omnipratique*
D^r Marcel Fortin	*Omnipratique*
D^r Charles Fournier	*Omnipratique*
D^r Michel Guay	*Omnipratique*
D^re Amélie Harvey	*Omnipratique*

Dre Mireille Hébert	*Omnipratique*
Dr Alain Lalonde	*Omnipratique*
Dr Bruno Lamothe	*Omnipratique*
Dre Marie-Ève Langelier	*Omnipratique*
Dre Hélène Lapointe	*Omnipratique*
Dre Renée Larouche	*Omnipratique*
Dre Catherine Lavoie	*Omnipratique*
Dr Gaston Mantha	*Omnipratique*
Dre Audrée Marchand	*Omnipratique*
Dre Annie Morel	*Omnipratique*
Dre Lisa Pedneault	*Omnipratique*
Dr François Péloquin	*Omnipratique*
Dre Andrée-Anne Plourde	*Omnipratique*
Dre Marie Samson	*Omnipratique*
Dre Ariane Rodrigue-Verhelst	*Omnipratique*
Dre Marie-Claude Saucier	*Omnipratique*
Dre Alina Stefan	*Omnipratique*
Dre Emmanuelle Tran	*Omnipratique*
Dr Alain Tremblay	*Omnipratique*
Dre Suzanne Tremblay	*Omnipratique*
Dr Guy Verreault	*Omnipratique*
Dre Audrey Villeneuve	*Omnipratique*
Dr Philippe Villemure	*Omnipratique*

Département d'obstétrique	
Dre Denis Fortin	*Gynéco-obstétrique*
Dre Alexandra Gagné	*Gynéco-obstétrique*
Dre Anny Langevin	*Gynéco-obstétrique*
Dre Lucie Roulcau	*Gynéco-obstétrique*
* Dre Claude Bouchard	*Omnipratique*
* Dre Amélie Harvey	*Omnipratique*
* Dre Marie-Claude Saucier	*Omnipratique*

Département de pédiatrie	
Dre Brigitte Carrière	*Pédiatrie*
Dr Dany Harvey	*Pédiatrie*
Dre Joelle Rouillard-Lafond	*Pédiatrie*
Dre Claudyne Rousseau	*Pédiatrie*

Département de psychiatrie	
Dr Luc Cossette	*Psychiatrie*
Dr Gilles Delisle	*Psychiatrie*

Département de pharmacie	
Marie-Pier Bouchard –Dallaire	*Pharmacie*
Jessica Brisson	*Pharmacie*
Stéphane Chiasson	*Pharmacie*
Alexandre Fortin	*Pharmacie*
Isabelle Jean	*Pharmacie*
Barbara Simard	*Pharmacie*
Alexandre Thibeault	*Pharmacie*
Rébecca Têtu	*Pharmacie*

* *Ces médecins sont comptabilisés dans le plan d'effectifs du département de médecine générale*

Total 84

ANNEXE 4

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent Code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration et de l'équipe de direction composée des directeurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leur fonction au Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

DÉFINITION

1. « Membre du conseil d'administration » désigne toute personne, incluant le directeur général, qui siège comme membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'elle soit élue ou nommée.
2. « Conflit d'intérêts» désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect du membre du conseil d'administration est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.
3. « Directeur » désigne toute personne composant l'équipe de direction à titre de cadre supérieur ou hors cadre dans l'établissement qu'est le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise envers le public et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
3. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
4. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
5. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.
6. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.
7. Le membre du conseil d'administration s'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.
8. Le membre du conseil d'administration se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
9. Le membre du conseil d'administration fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

A) Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
5. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises ayant conclu ou susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.
6. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
7. Le membre du conseil d'administration adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
8. Le membre du conseil d'administration autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, déclare par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

B) Identification des situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
2. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
3. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
4. Le membre du conseil d'administration s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
5. Cependant, le fait pour ce membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-I.I).

DEVOIRS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DES DIRECTEURS

A) L'équipe de direction et les conflits d'intérêts

1. Le directeur général et les directeurs ne peuvent, et sous peine de déchéance de leur charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel et celui de l'établissement.

   Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'ils y renoncent ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, ils en disposent dans les délais fixés par celui-ci.

2. Le directeur général et tout autre directeur doivent, dans les soixante (60) jours suivants leur nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'ils ont dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de la nomination.

3. Le directeur général et tout autre directeur doivent, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général et tout autre directeur ont des intérêts pécuniaires.

4. Le directeur général et tout autre directeur doivent, sous peine de déchéance de leur charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction. Cependant, lorsqu'ils occupent un autre emploi, charge ou fonction, ils doivent produire, dans les soixante (60) jours suivants la désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours, de l'anniversaire de leur nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

B) Biens de l'établissement

1. Le directeur général et tout autre directeur utilisent les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Ils ne peuvent confondre les biens de l'établissement avec les leurs.

C) Avantages ou bénéfices indus

1. Le directeur général et tout autre directeur ne peuvent accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible d'influencer dans l'exercice de leurs fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

   Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

2. Le directeur général et tout autre directeur ne reçoivent aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du salaire et du remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

3. Le directeur général et tout autre directeur doivent s'interdire sous peine de déchéance de leur charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

D) Interventions abusives

1. Le directeur général et tout autre directeur s'abstiennent de manoeuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

3. Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

A) Nomination d'un comité d'éthique et de déontologie

1. Un comité formé de trois membres et d'un substitut du conseil d'administration sera nommé par le conseil d'administration pour voir à l'application du présent code.

2. Les membres de ce comité verront entre eux, à se nommer un président.

B) Introduction d'une demande d'enquête

1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un membre du conseil d'administration doit être transmise au président du *comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

2. Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un membre du conseil d'administration.

C) Examen sommaire

1. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

D) Tenue de l'enquête

1. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

E) Information de l'administrateur concerné

1. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer le membre du conseil d'administration visé, des manquements reprochés, en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, le membre du conseil d'administration a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

F) Transmission du rapport au conseil

1. Lorsque le comité en vient à la conclusion que le membre du conseil d'administration a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

G) Décision

1. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer au membre visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ni à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

2. Les trois membres du comité d'éthique et de déontologie ne peuvent non plus participer aux délibérations ni à la décision.

H) Sanctions

1. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. Le membre du conseil d'administration est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

I) Engagements

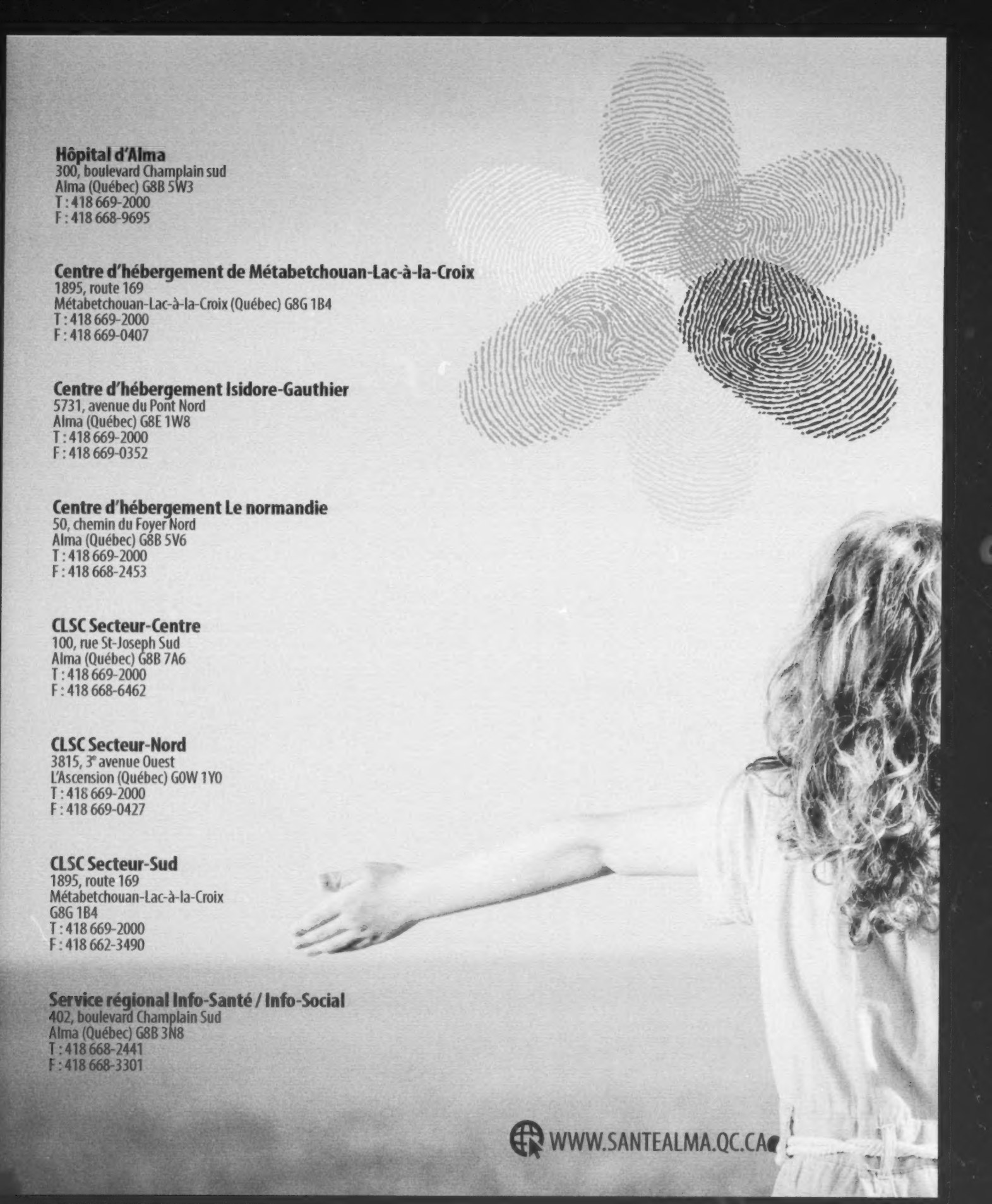
1. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque membre du conseil d'administration et de l'équipe de direction doit produire l'engagement contenu à l'Annexe I du présent Code.

2. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

3. De plus, tout membre du comité d'éthique et de déontologie doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe II du présent Code.

Déclarations et suivi au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Pour l'année 2014-2015, aucun manquement n'a été constaté ou suivi par les instances disciplinaires. Par ailleurs, les membres du conseil d'administration ont tous signé le code d'éthique et déclaré leurs sources de conflit d'intérêts, le cas échéant.



Hôpital d'Alma
300, boulevard Champlain sud
Alma (Québec) G8B 5W3
T : 418 669-2000
F : 418 668-9695

Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
1895, route 169
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix (Québec) G8G 1B4
T : 418 669-2000
F : 418 669-0407

Centre d'hébergement Isidore-Gauthier
5731, avenue du Pont Nord
Alma (Québec) G8E 1W8
T : 418 669-2000
F : 418 669-0352

Centre d'hébergement Le normandie
50, chemin du Foyer Nord
Alma (Québec) G8B 5V6
T : 418 669-2000
F : 418 668-2453

CLSC Secteur-Centre
100, rue St-Joseph Sud
Alma (Québec) G8B 7A6
T : 418 669-2000
F : 418 668-6462

CLSC Secteur-Nord
3815, 3e avenue Ouest
L'Ascension (Québec) G0W 1Y0
T : 418 669-2000
F : 418 669-0427

CLSC Secteur-Sud
1895, route 169
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
G8G 1B4
T : 418 669-2000
F : 418 662-3490

Service régional Info-Santé / Info-Social
402, boulevard Champlain Sud
Alma (Québec) G8B 3N8
T : 418 668-2441
F : 418 668-3301

WWW.SANTEALMA.QC.CA